

# **ABORSIE EN ADOLESSENSIE: DIE BESLUITNEMINGSPROSES**

**C.G. THERON**

**Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voltooiing aan die vereistes vir die graad van  
Magister in Lettere en Wysbegeerte (Voorligtingsielkunde) aan die  
Universiteit van Stellenbosch**



**Studieleier: Prof. A.V. Naidoo**

**Maart 2003**

## **VERKLARING**

Ek, die ondergetekende verklaar hiermee dat die werk in hierdie werkstuk vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê is nie.

C.G. Theron

Datum

## **OPSOMMING**

Adolessensie word beskou as die oorgangsfase tussen die kinderjare en volwassenheid. Ontwikkeling tydens hierdie fase sentreer rondom identiteit, seksualiteit, kennis en moraliteit. Aborsie tydens adolessensie vereis 'n indringende besluitnemingsproses. Navorsing het bewys dat die adolessent se reaksie op aborsie deur die besluitnemingsproses beïnvloed word. Hierdie werkstuk verskaf 'n literatuuroorsig van ontwikkelingsaspekte en die kapasiteit van adolessente om besluite oor voortplanting en moederskap te neem. Die gevolgtrekking word gemaak dat die emosionele toestand na 'n aborsie nie bepaal word deur ouderdom nie, maar wel deur die aard van die besluitnemingsproses wat gevolg is.

## **ABSTRACT**

Adolescence is viewed as the transitional stage between childhood and adulthood. Development during this stage centres on identity, sexuality, cognition and morality. Abortion during adolescence demands a careful decision-making process. Research has shown that the adolescent's reaction to abortion is determined by the decision-making process that was adopted. This paper provides a literature review of developmental issues and the capacity of adolescents to make decisions about reproduction and motherhood. The conclusion is reached that age is not the determinant of the emotional state following abortion, but rather the nature of the decision-making process that was followed.

## ERKENNINGS

Ek wil graag die volgende persone vir hulle besondere hulp en ondersteuning bedank:

My familie  
Prof. A.V. Naidoo  
Mnr. H. de Vos  
Prof. F. Sonn  
Sheila Faure  
Shirene van Wyk

## INHOUDSOPGAWE

VERKLARING	i
OPSOMMING	ii
ABSTRACT	iii
ERKENNINGS	iv
 1. OORSIG	
1.1 Inleiding	1
1.2 Definisie van Aborsie	1
1.3 Wetlike Perspektiewe op Aborsie	5
1.4 Aborsie Statistieke	9
1.5 Konteksfaktore	13
1.6 Verpleegkundiges se Ervarings	19
 2. DISKOERS RONDOM ABORSIE	
2.1 Etiese Perspektiewe	22
2.2 Sielkundige Perspektiewe	25
2.3 Religieuse Perspektiewe	30
 3. ADOLESSENTE ONTWIKKELING	
3.1 Ontwikkelingstake	34
3.2 Seksualiteit en Seksuele Identiteit	35
3.3 Kognitiewe Ontwikkeling	40
3.4 Morele Ontwikkeling	41
 4. ADOLESSENSIE EN DIE BESLUIT OM TE ABORTEER	
4.1 Verband tussen Sielkundige Gevolge en Besluitneming	45
4.2 Besluitnemingsproses	47
4.3 Teoretiese Perspektiewe op Aborsie	50
4.4 Konsultering	54
4.5 Volwassenheid	55

5. NAVORSINGSBEVINDINGE	58
6. AFSLUITING	70
7. VERWYSINGSLYS	75
TABELLE	
Tabel 1: Frekwensie van Aborsie Fasiliteite in SA	4
Tabel 2: Aborsie Statistieke vir die Verskillende Provinsies: November 1999 tot Januarie 2000	9
Tabel 3: Aborsie Statistieke vir die Verskillende Provinsies: November 2000 tot Januarie 2001	10
Tabel 4: Aborsie Statistieke vir Adolessente in Suid-Afrika: 1999 tot 2001	11

## **1. OORSIG**

### **1.1 Inleiding**

Aborsie is 'n komplekse konstruk wat aanleiding gee tot 'n verskeidenheid van mediese, etiese, politieke, geregtelike en sielkundige vrae. Aborsie het direkte betrekking op oortuigings omtrent die lewe en die dood, seksualiteit en voorplanting, en vorm 'n integrale deel van die mens se lewensbeskouing. Navorsing op hierdie gebied word gevolglik beïnvloed deur die feit dat navorsers baie sterk en besliste opinies en gevoelens omtrent die onderwerp het. Adler (1992) verduidelik 'n vrou se reaksie op aborsie as 'n funksie van haar begeerte vir moederskap en houding teenoor aborsie. Adler (1992) het bevind dat "a woman's attitude toward having an abortion, normative pressures regarding abortion, and her beliefs and values regarding having a child all influences a woman's decision to have an abortion or to carry to term" (p. 20).

### **1.2 Definisie van Aborsie**

Die woord "aborsie" kom van die Latynse woord "aboriri", wat die versuim om gebore te word beteken (Potts, Diggory, & Peel, 1977). Aborsie word deur skrywers beskryf as die terminering van swangerskap (in Beckman & Harvey, 1998; Cozzarelli, Sumer, & Major, 1998; Speckard & Rue, 1992). Die Oxford



Dictionary (in Sykes, 1982) definieer aborsie as die proses van verwydering van 'n fetus wat nie buite die moeder se liggaam kan voortbestaan nie. Dit is gewoonlik voor die 28ste week van swangerskap. Black (in Geldenhuys, 1976) se mediese woordeboek, soos aangehaal, definieer aborsie of miskraam as die premature skeiding verwydering van die inhoud van die uterus gewoonlik voor die agste maand van swangerskap. Aborsie word deur die meeste medici gedefinieer as "the death and/or expulsion from the mother's womb, of a fetus which is not yet viable" (Geldenhuys, 1976, p. 11).

Aborsies word hoofsaaklik in twee hoof kategorieë verdeel. Dit kan spontaan ontstaan of dit kan geïnduseer word. 'n Spontane aborsie kom voor as gevolg van orgaan-mediese redes wat buite die beheer van die moeder is. Geïnduseerde aborsie word deur die gebruik van instrumentele ingrepe op die uterus aangehelp of kan deur mediese induksie verkry word (in Beckman & Harvey, 1998).

Vyf-en-neëntig persent van aborsies wat in die Verenigde State van Amerika uitgevoer word, word deur die metode van vakuumaspirering gedoen. Hierdie metode behels die invoeging van 'n buis in die uterus deur die serviks wat die fetus uitsuig. Dit word as 'n baie veilige metode beskou, maar kan infeksie en perforasie van die uteruswand, vanweë die chirurgiese aard van die prosedure veroorsaak. Algehele verdowing van die pasiënt word nie oor die algemeen geadministreer nie, maar dit word in sommige situasies gebruik. Algehele

verdowning kan opsigself gevare vir die pasiënt inhou. Benewens chirurgiese aborsie word mediese aborsie ook as 'n metode gebruik. Met die gebruikmaking van dié metode neem die pasiënt medikasie wat veroorsaak dat sy uterus die inhoud daarvan uitskei. Mifepristonie was van die eerste middels wat gebruik is. Inname van die middel inhibeer die behoudende funksie van progesteron. Die gevolg is die ontbinding van die uteruswand en gevolglik bloeding (soos by menstruasie) en sametrekking van die uterus. Die jongste middel wat ontdek is, word methotrexat genoem. Gekombineerd met mifepristonie, is methotrexat baie suksesvol as middels vir die indusering van aborsies wat gedurende die eerste drie maande van swangerskap. Methotrexat is 'n foliensuur-antagonis wat aborsies veroorsaak, deurdat foliensuur van fetale selle weerhou word sodat selle nie verdeel nie. Dit beïnvloed die hegtingsproses van die embryo aan die uteruswand (in Beckman & Harvey, 1998).

Sedert die wet op aborsie in 1997 in SA aangeneem is, word die meeste aborsies in provinsiale hospitale en klinieke uitgevoer. 'n Voorstelling van die aantal bestaande diensverskaffende inrigtings word in Tabel 1 aangebied.

Tabel 1

*Frekwensie van Aborsie Fasiliteite in Suid-Afrika*

Provinsie	Hospitale/klinieke
Oos-Kaap	4
Vrystaat	30
Gauteng	21
Kwazulu-Natal	51
Mpumalanga	7
Noord-Kaap	3
Noordelike-Provinsie	43
Noord-Wes	16
Wes-Kaap	39

*Let wel.* Uit "Directory of facilities designated interms of the Choice on Termination of Pregnancy Act, 1996," deur Reproductive Rights Alliance, 2001, *Barometer*, 38-39.

Die aantal diensverskaffende inrigtings in die verskillende provinsies hou in die meeste gevalle verband met die aantal aborsies wat in verskeie provinsies uitgevoer word (sien Tabel 2 en Tabel 3). Die beskikbaarheid van aborsie fasiliteite mag dalk ook direk verband hou met die aantal aborsies wat in provinsies uitgevoer word.

### **1.3 Wetlike Perspektiewe op Aborsie**

Voor 1975 was die Suid-Afrikaanse wet op aborsie hoofsaaklik geskoei op Romeins-Hollandse Gemene Reg (in Van Oosten & Ferreira, 1988). Aborsie was toe 'n mediese proses waarby die uterus met instrumente gepenetreer is om die fetus te verwyder. Hierdie diens was op daardie tydstip slegs aan wit vroue beskikbaar. Aborsie is toegelaat in situasies waar die swanger vrou se lewe in gevaar was, en die wet het nie voorsiening gemaak vir vroue wat verkrag is of in die geval van bloedskande nie. Volgens die wet het die mediese praktisyn die reg gehad om 'n aborsie toe te staan, of nie.

Omdat die geboortesyfer onder wit mense gedaal het, en die geboortesyfer onder swart mense gestyg het, is daar besluit om nuwe wetgewing in te stel. Behalwe die bepalinge van die wet wat deur van Oosten en Ferreira (1988) uiteengesit word, noem Geldenhyus (1976) die voorwaardes vir aborsie aan dogters onder die ouderdom van 16 jaar.

In 1975 is die Aborsie en Sterilisasie Wet No. 2 aangeneem waarin die volgende riglyne vir aborsie uiteengesit is:

- 1) waar die volgehoue swangerskap die lewe van die vrou in gevaar stel;
- 2) waar die volgehoue swangerskap ernstige sielkundige en of fisiese gevolge vir die vrou inhou;
- 3) waar daar 'n moontlikheid bestaan dat die kind met ernstige sielkundige of fisiese gebreke gebore sal word;
- 4) waar bevrugting die gevolg was van onwettige gemeenskap, soos verkragting of bloedskending;
- 5) waar die vrou in so 'n mate verstandelik gestrem is dat sy nie 'n begrip het of verantwoordelik is vir die gevolge van seksuele omgang nie.

In 1976, in die VSA, het die hof bevind dat fundamentele regte nie slegs tot volwassenes se beskikking is nie. Die hof het die volgende bevind: "Constitutional rights do not mature and come into being magically only when one attains the state-defined age of maturity. Minors, as well as adults, are protected by the Constitution and possess constitutional rights" (Melton & Russo, 1987, p. 69). In SA word die regte van minderjariges erken deurdat enige dogter toegang het tot aborsiedienste, indien sy dit sou verkies. Suid-Afrika is een van 'n paar lande in die wêreld waar die wet nie die toestemming van die ouers vir 'n terminering van 'n swangerskap vereis nie (Combrink, 2001). Die konstitusie van ons land beklemtoon die reg van vroue en adolessente om onafhanklike besluite oor

voortplanting te neem en die reg tot privaatheid. Die "Choice on Termination of Pregnancy" wet verhoed geensins die adolessent om met ouers te konsulteer nie, maar stel dit duidelik dat dit nie 'n voorwaarde is nie. Die wet erken dus die kapasiteit van adolessente om ingeligte besluite te neem.

Die "Choice on Termination of Pregnancy" wet is omtrent drie maande, nadat die ANC die wettige regering van SA geword het, herroep. Hierdie wet is spesifiek verander omdat die demokratiese regte van vroue nie erken was deur vorige wetgewing nie. Die vorige wet het nie die reg van vroue erken om besluite oor hul eie liggaam te neem nie.

Die "Choice on Termination of Pregnancy" (Wet no. 92 van 1996) het bepaal dat 'n swangerskap getermineer kan word

- 1) op versoek van 'n vrou gedurende die eerste 12 weke van swangerskap;
- 2) vanaf die dertiende tot twintigste week van swangerskap, indien die dokter van opinie is dat:
  - (a) voortgesette swangerskap die vrou se fisiese en sielkundige gesondheid in gevaar stel;
  - (b) die fetus fisies of sielkundig abnormaal sal wees;
  - (c) die swangerskap die gevolg is van verkragting of bloedskenning;
  - (d) voortgesette swangerskap die vrou se sosiale of ekonomiese situasie ingrypend sal affekteer;

- 3) na die twintigste week van swangerskap indien die mediese dokter, in oorlegpleging met 'n ander dokter of vroedvrou, van mening is dat voortgesette swangerskap:
  - (a) die vrou se lewe in gevaar stel;
  - (b) sal lei tot ernstige misvorming van die fetus.

Die aanname van hierdie wet het beteken dat alle vroue toegang tot wettige aborsie verkry het. Wat egter tans 'n hewige debat uitlok, is die minderjarige vrou se reg om haar keuse om 'n swangerskap te termineer, te beoefen. Die wet vereis nie ouerlike toestemming vir minderjariges (persone jonger as 18) om 'n swangerskap te termineer nie. Die wet stipuleer slegs dat 'n aanbeveling aangaande ouerlike insae, deur die mediese persoon, aan die swanger minderjarige gemaak moet word. Die terminering van die swangerskap mag egter nie geweier word indien die minderjarige besluit om nie haar ouers in te lig nie.

Die wet word tans deur die "Christian Lawyers Association" (CLA) teengestaan. Die CLA baseer hul argument onder andere op (1) die reg om te lewe en (2) die reg van minderjariges op ouerlike beskerming. Die staat, in samewerking met "Reproductive Rights Alliance", se argument fokus op die tienerdogter se reg tot liggaamlike en geestelike integriteit, insluitend die reg om besluite te neem aangaande voortplanting en die reg tot aborsiedienste.

## 1.4 Aborsie Statistieke

Vanaf Februarie 1997 tot Januarie 2001 'n totaal van 166 806 aborsies in Suid-Afrika uitgevoer. Aborsies wat van Februarie 1999 tot Julie 1999 uitgevoer was, was 22 456 in totaal. Vanaf Augustus 1999 tot Januarie 2000 is daar 23 155 aborsies in SA uitgevoer. Statistieke toon dat daar 'n totaal van 45 611 aborsies vanaf Februarie 1999 tot Januarie 2000 in SA uitgevoer is. Nasionale statistieke vir aborsies in SA word in Tabel 2 saamgevat.

Tabel 2

*Aborsie Statistieke vir die verskillende Provinsies: November 1999 tot Januarie 2000*

	EC	FS	GP	KZN	MP	NC	NP	NW	WC	TOT
<b>NOV</b>										
<12	242	378	1223	569	136	30	74	87	342	3081
>12	36	207	393	92	91	17	72	27	103	1038
<18	15	61	-	42	31	9	9	4	77	248
>18	263	531	-	613	196	38	139	110	368	2258
TOT	278	585	1616	661	227	47	146	114	445	4119
<b>DEC</b>										
<12	208	101	719	462	79	32	18	192	425	2236
>12	18	53	316	95	67	11	29	-	94	683
<18	15	14	-	37	12	4	2	2	84	170
TOT	226	154	1035	557	146	43	47	192	519	2919
<b>JAN</b>										
<12	240	363	1008	1131	173	11	47	166	367	3506
>12	37	400	501	240	91	12	54	18	80	1433
<18	13	70	-	70	45	4	15	33	58	308
>18	264	691	-	1301	219	29	89	151	389	3133
TOT	277	763	1509	1371	264	23	101	184	447	4939

*Let wel.* <12 = minder as 12 weke swanger; >12 = meer as 12 weke swangerskap; <18 = onder die ouderdom van 18 jaar; >18 = bo die ouderdom van 18 jaar. EC= "Eastern Cape"; FS= "Free State"; GP= "Gauteng Province";



KZN= Kwazulu-Natal; MP= "Mpumalanga Province"; NC= "Northern Cape"; NP= "Northern Province"; NW= "North-West"; WC= "Western Cape". Uit "National statistics: Termination of pregnancy," deur Reproductive Rights Alliance, 2001, *Barometer*, 6.

Aborsies uitgevoer vanaf Februarie 2000 tot Julie 2000 kom te staan op 26 807.

Vanaf Augustus 2000 tot Januarie 2001 is 24 445 aborsies in SA uitgevoer. Vanaf

Februarie 2000 tot Januarie 2001 is 51 252 aborsies landwyd uitgevoer. 'n

Voorstelling van statistieke vir die periode November 2000 tot Januarie 2001 word

in Tabel 3 aangedui.

Tabel 3

*Aborsie Statistieke vir die verskillende Provinsies: November 2000 tot Januarie 2001*

	EC	FS	GP	KZN	MP	NC	NP	NW	WC	TOT
<b>NOV</b>										
<12	267	347	382	421	174	46	94	212	507	2450
>12	43	72	451	115	118	18	7	25	149	998
<18	27	26	0	30	30	12	11	37	97	270
>18	283	393	0	506	262	52	90	200	559	2345
TOT	310	419	833	536	292	64	101	237	656	3448
<b>DEC</b>										
<12	190	332	649	163	114	54	118	63	459	2142
>12	33	294	234	17	58	1	31	3	158	829
<18	13	47	0	6	17	9	20	16	97	225
>18	210	579	0	174	155	46	129	50	520	1863
TOT	223	626	883	180	172	55	149	66	617	2971
<b>JAN</b>										
<12	322	241	958	374	236	41	172	163	429	2936
>12	69	150	394	141	133	11	26	5	154	1083
<18	26	30	0	34	56	11	33	40	84	314
>18	365	361	0	481	311	41	168	128	499	2354
TOT	391	391	1352	515	369	52	198	168	583	4019

*Let wel.* <12 = minder as 12 weke swanger; >12 = meer as 12 weke swangerskap; <18 = onder die ouderdom van 18 jaar; >18 = bo die ouderdom van 18 jaar. EC= "Eastern Cape"; FS= "Free State"; GP= "Gauteng Province";

KZN= Kwazulu-Natal; MP= "Mpumalanga Province"; NC= "Northern Cape"; NP= "Northern Province"; NW= "North-West"; WC= "Western Cape". Uit "National statistics: Termination of pregnancy," deur Reproductive Rights Alliance, 2001, *Barometer*, 7.

Die syfers in Tabel 2 (1999-2001) en Tabel 3 (2000-2001) toon 'n afname in die voorkoms van aborsies in Suid-Afrika. Suid-Afrika het 'n baie jong populasie, en word 41% van die totale populasie deur persone onder die ouderdom van 18 verteenwoordig. Volgens data ("Youth 2000," 2001) weergegee, verteenwoordig slegs 12% van die aborsietal minderjariges. Tabel 2 en Tabel 3 toon dat adolessente onder die ouderdom van 18 jaar 'n redelike klein persentasie van die totale aborsie gevalle uitmaak. Statistieke ten opsigte van adolessente-aborsies in SA vir die tydperk 1999 tot 2001 word in Tabel 4 saamgevat.

Tabel 4

*Aborsie Statistieke vir Adolessente in Suid-Afrika: 1999 tot 2001*

Tydperk	Totaal	<18	%
Feb. 99 – Apr. 99	11095	756	6.8
Mei 99 – Jul. 99	11361	672	5.9
Aug. 99 – Okt. 99	1178	608	5.4
Nov. 99 – Jan. 00	11977	726	6.1
Feb. 00 – Apr. 00	13170	833	6.3
Mei 00 – Jul. 00	13637	940	6.9
Aug. 00 – Okt. 00	14007	878	6.3
Nov. 00 – Jan. 01	10438	809	7.8

*Let wel.* <18 = adolessente onder die ouderdom van 18 jaar. Uit "National statistics: Termination of pregnancy," deur Reproductive Rights Alliance, 2001, *Barometer*, 4-7.

In Tabel 2 en Tabel 3 word statistieke vir dieselfde tydperke vir die jare 1999 en 2000 getoon. Indien die aantal adolessente-aborsies vir hierdie twee tydperke vergelyk word, kom dit duidelik na vore dat die getal aborsies konstant gebly het. Hierdie statistieke mag dus 'n aanduiding wees dat adolessente nie die diens misbruik het nie, en voorbehoeding en morele standarde ook konstant gebly het. Hierdie statistieke kan egter ook toegeskryf word aan die ontoeganklikheid van die diens vir adolessente en die afwesigheid van 'n opvoedingsproses rondom aborsie.

Volgens 'n ondersoek wat deur "Kaiser Family Foundation South African National Youth Survey" in 2000 gedoen is ("Bringing sex talk," 2001), is 31% van alle adolessente tussen die ouderdom van 12 en 17 seksueel aktief. 'n Persentasie van 32% van hierdie adolessente het seks voor of op die ouderdom van 13 ervaar, en 78% van die adolessente het hul eerste seksuele ervaring op die ouderdom van 15 gehad. Daar is ook bevind dat 35% van alle vroue onder die ouderdom van 20 jaar swanger word ("International Research," 2001). Navorsing toon dat 116 uit elke 1000 vroue gedurende 1998 swanger geword het, terwyl dit in 1996 slegs 78 uit elke 1000 vroue was ("International Research," 2001).

Redes vir die lae aborsiesyfer onder minderjariges mag dalk verband hou met die feit dat slegs 53% van vroue tussen die ouderdom van 15-49 jaar bewus was dat

aborsies tot op 12 weke wettiglik in SA, op versoek, beskikbaar is ("International Research," 2001). Kennis hieromtrent was die laagste in die ouderdomsgroep 15-19 jaar. Finansiële redes, vervoerprobleme, of ouers, mag dalk redes wees waarom adolessente nie meer van die diens gebruik maak nie.

### **1.5 Konteksfaktore**

Dugger (in Beckam & Harvey, 1998) het konteksfaktore soos klas, ras, geslag, sosiale en ekonomiese omstandighede en ongelykhede in voortplantingsregte geïdentifiseer as faktore wat dalk 'n invloed het op mense se opvattinge omtrent aborsie. Varga (2001) het 'n studie in Kwazulu-Natal gedoen om stedelike en plattelandse jeug se kennis en opvattinge omtrent seksuele en voortplantingsbesluitneming te ondersoek. Hierdie studie het hoofsaaklik gefokus op die ouderdomsgroep van Zulu-sprekende mans en vroue tussen die ouderdomme van elf en vier-en-twintig jaar. Die inligting is verkry in die suidelike gedeelte van Durban en die informasie omtrent plattelandse gebiede is in 'n swart dorpswyk ingewin. Die volgende informasie is verkry:

- 1) Die wetlike status van aborsie in SA. Twee-derdes van die deelnemers was bekend met die feit dat 'n aborsie wettiglik in SA bekom kan word. Ongeveer 84% van stedelike, en 53% van plattelandse jeug was van die wettige status van aborsie bewus. 'n Persentasie van 74 van vroue en 63 van mans was bewus van aborsie se wettige status. Minder as die helfte van die deelnemers het geweet dat die diens gratis beskikbaar is.

- 2) Opvattinge omtrent abortus. Deelnemers van alle ouergroepes, sowel as beide die stedelike en plattelandse groepe, het abortus as onaanvaarbaar beskou. Opposisie teen abortus was in die meeste gevalle gegrond op kulturele, godsdienstige en morele redes. Van die deelnemers het die opinie gehad dat abortus slegs aanvaarbaar is in die geval van verkragting of wanneer die seksmaat HIV positief is. Die meerderheid van die deelnemers het 'n pragmatiese benadering gevolg waar die praktiese implikasies van abortus voorkeur geniet bo persoonlike opvattinge.

Die studie toon dat jeugdiges slegs in uitsonderlike gevalle abortus as 'n aanvaarbare opsie beskou. Soos voorheen genoem, hou religieuse, kulturele en ander faktore hiermee verband. Die skrywer is van mening dat die kulturele aspek dalk 'n uitvloeisel is van die definisie van vroulikheid wat direk verband hou met moederskap en ook dat vrugbare vroue, wat kinders kan voortbring, as hubaar beskou word. Indien moederskap verwerp word, word vroulikheid in effek verwerp.

Daar is ook 'n historiese perspektief hieraan verbonde. In 1972 is ongeveer 70% van abortus aan wit vroue toegestaan, terwyl slegs 10% aan swart vroue toegestaan is (in Walker, 1995). Die regering van die dag was op daardie stadium bekommerd oor die hoë abortusyfers onder wit vroue. Gedurende daardie tydperk het die swart bevolking groter groei as enige

ander bevolkingsgroep getoon. Daar het 'n persepsie onder swart Suid-Afrikaners ontstaan dat aborsie gebruik word om die groei van die swart bevolking te beïnvloed.

3) Toeganklikheid van dienste. Jeugdige het in die algemeen saamgestem dat aborsie onder baie jong vroue in hul gemeenskap voorkom. Hulle sien agterstraat-aborsies as gevaarlik en was ook bewus van gevalle waar dit tot die dood van jong vroue gelei het. Redes wat aangevoer was vir agterstraat-aborsies het die volgende ingesluit: die stigma wat aan die terminering van swangerskap geheg word; die vrees dat mense gaan sien dat die betrokke persoon die kliniek besoek; tekort aan geld om 'n wettige aborsie te ondergaan; die verleentheid van die ouers en die ontoeganklikheid van aborsie fasiliteite. Jeugdige het die ontoeganklikheid van die diens aan die negatiewe houding van die professionele personeel toegeskryf.

'n Studie wat deur "Community Agency for Social Enquiry" gedoen is, het ten doel gehad om die lewensomstandighede, opinies, houdings, lewenstyle en verwagtinge van die Suid-Afrikaanse jeug te ondersoek ("Youth 2000," 2001). In hierdie nasionale studie was deelnemers volgens provinsie, area en ras ingedeel. Benewens die groot hoeveelheid van informasie wat verkry was, word slegs pertinente resultate soos op hierdie werkstuk van toepassing is, weergegee.

- 1) Meer as 40% van jeug het ten minste een kind. Vyftig persent van plattelandse jeugdiges het kinders gehad in vergelyking met die veertig persent van die stedelike jeugdiges.
- 2) Minder as een-derde van hierdie groep jeugdiges se eerste swangerskap was bepland. Die ontoeganklikheid tot voorbehoeding, insluitend kondome, ensovoorts, word beskou as die rede vir die onbeplande swangerskappe. Van die vroulike jeugdiges het ook geargumenteer dat hulle dit moeilik vind om hulle seksmaat te ooreed om 'n kondoom te gebruik. Burns (1999) voer aan dat van die adolessente die vrees op die aandrang van die gebruik van voorbehoeding tot die beëindiging van die verhouding kan lei en dat die meeste swangerskappe onder tieners voorkom omdat seksuele omgang spontaan, sonder beplanning, plaasvind.
- 3) Daar is bevind dat vroue op 'n jonger ouderdom as mans hul eerste kind het. Ongeveer 25% van alle swart vroue gee geboorte aan hul eerste kind voor die ouderdom van 18 jaar. Meer as 50% van die jong vroue het geboorte geskenk terwyl hulle steeds op skool was.
- 4) Vier-en-vyftig persent meer mans neig meer as vroue om die gebruik van kondome voor te stel. Swart jeugdiges was meer geneig as bruin jeugdiges om die gebruik van 'n kondoom voor te stel.
- 5) Een-en-tagtig persent van die jeugdiges in SA dink dat vroue moet besluit oor die grootte van die familie. 'n Persentasie van 36% meen dat die vrou op haar eie moet doen en 45% is van mening dat sy dit in samewerking met haar maat

moet doen. Swart jeug was meer geneig om die ouers en seksmaat as die besluitnemende partye te beskou.

- 6) Ekonomiese posisie: Twee-en-sestig persent van die produktiewe jeug is werkloos. Swart jeugdiges (70%) is meer geneig om werkloos te wees as wit jeug (11%). Die werkloosheidsyfer is hoër onder vroue (70%) as mans (53%). Plattelandse jeug (73%) word swaarder deur werkloosheid getref as stedelike jeug (53%). Vier-en-sewentig persent van jeugdiges beskik oor primêre onderwys en minder. Ongeveer 38% van jeugdiges was werkloos vir minder as een jaar, terwyl 44% vir meer as 2 jaar werkloos was. Dit is ook bevind dat swart vroue ten minste vir 2 jaar of meer werkloos was.

In 'n Suid Afrikaanse studie ("Communicating for Action," 2001), is bevind dat die plattelandse jeug op 'n baie jonger ouderdom hul eerste seksuele ervaring gehad het in vergelyking met stedelike jeugdiges. Soveel as 25% in Kwazulu-Natal en 35% van die jeugdiges in die Oos-Kaap het die ervaring van seksuele omgang teen dertienjarige ouderdom gerapporteer. Die meerderheid van jong vroue het hul eerste seksuele ondervinding tussen ouderdomme 15 en 16 jaar gehad. Daar is ook bevind dat die meeste seksmaats van die vroulike adolessent van 'n meer gevorderde ouderdom was. Die meerderheid (91%) van die tienerdogters se eerste seksmaats was ongeveer een jaar ouer as wat hulle is, en 23% was ongeveer vyf jaar ouer.



Navorsing ("No means," 2001) toon ook dat vroue in die algemeen op 'n jonger ouderdom as mans die verantwoordelikheid van 'n eersteling het. Laasgenoemde bevinding word ondersteun deur die bevinding dat jong vroue gewoonlik gewoonlik 'n jaar jonger as haar seksmaat is.

Opsommenderwyse kan gesê word dat die ekonomiese situasie waarin jong vroue en mans hulself bevind, kommerwekkend is. Die feit dat meer swart jeug werkloos is as hul wit maats, het 'n historiese aanloop en het tans 'n invloed op seksuele gedrag van die swart jeug. Werkloosheid lei tot frustrasie wat op sy beurt mag lei tot sosiaal onaanvaarbare seksuele gedrag en gevolglike swangerskappe. Ander faktore soos 'n tekort aan opvoeding, voorligting, ontspanningsgeriewe en rolmodelle speel ook 'n belangrike rol.

Die feit dat die werkloosheidsyfer hoër onder vroue as mans is, verduidelik die vroeë swangerskappe, wat nie slegs opvoeding en opleiding negatief beïnvloed nie, maar wat ook 'n aanduiding van wie die primêre versorger van die kind is. Jong vroue moet dus hul opleiding versak om hul rol as moeder te vervul.

Bekskinka, Stadler, en Conco (2001) het gedurende die jaar 2000 jeugdige seksuele en voortplantingsgedrag in die ouderdomsgroepe 12 – 17 jaar ondersoek. Ongeveer een-derde van die groep was seksueel aktief. Ag-en-tagtig persent van die tienerdogters het van voorbehoeding gebruik gemaak, terwyl minder seuns hiervan gebruik gemaak het. Een-en-veertig persent het van voorbehoedende

inspuitings, 54% kondome en 4% van voorbehoedpille gebruik gemaak het om swangerskappe te voorkom. Twintig persent van die seksueel aktiewe dogters het onder die indruk verkeer dat hulle nie met die eerste seksuele ondervinding kon swanger word nie.

## **1.6 Verpleegkundiges se Ervarings**

Alhoewel verpleegkundiges 'n keuse het in terme van hul deelname aan die aborsie prosedure, word hulle deur die "Nursing Act" (No. 10 van 1997) se etiese en professionele kode verplig om 'n pasiënt wat 'n aborsie ondergaan het, by te staan en regdeur die proses te ondersteun. Gedurende die eerste helfte van die jaar is 'n verpleegster in Mpumalanga geskors omdat sy nie 'n aborsie-pasiënt wou versorg nie (in Pienaar, 2002).

Die resultate van 'n studie deur Gmeiner, Van Wyk, Poggenpoel, en Myburgh (2000), toon dat die meerderheid verpleegkundiges positief ingestel is teenoor aborsie. Havenga-Serfontein (2002) het in 'n studie bevind dat verpleegkundiges meer positief teenoor aborsie ingestel is in die geval van verkragting, fetus abnormaliteite, mediese probleme en ongewenste swangerskappe by adolessente. Verpleegkundiges wat emosionele probleme ontwikkel, presenteer met depressie en emosionele uitputting. Volgens Pienaar (2002) dink sommige verpleegkundiges obsessief daaraan en lei dit tot depressie, woede, uitputting, 'n lae selfbeeld en identiteitskonflik.

Hierdie identiteitskonflik sentreer rondom die rol van die verpleegster as preseveerder van lewe. Dit fokus ook op verpleegkundiges se rolle as vroue en moeders. Char en McDermott (1972) het bevind dat 70% van die verpleegkundiges wat deelgeneem het in die navorsing, aborsie totaal verwerp. Vir baie van hierdie verpleegkundiges word aborsie met die verwerping van vroulikheid en moederskap geassosieer. Hierdie negatiewe persepsie lei tot swak diens wat veral deur adolessente ondervind word wanneer hulle van die diens gebruik maak ("Youth Voices", 2001). Gmeiner et al. (2000) rapporteer ook dat van die verpleegkundiges wel terapeutiese vaardighede soos empatie, respek en onvoorwaardelike aanvaarding, ontwikkel het ten opsigte van die problematiek.

Die literatuur maak melding van 'n hele paar veranderlikes wat 'n rol speel by die verpleegster se ervaring van die aborsieproses. Al bogenoemde skrywers beklemtoon die afwesigheid van 'n behoorlike ondersteuningsnetwerk vir verpleegkundiges. Hierdie aspek is veral ook belangrik omdat baie verpleegkundiges nie hul werk met enigiemand wil bespreek nie, as gevolg van 'n vrees vir verwerping en viktimisering deur hul gesinne en die gemeenskap. Volgens Malan (2002) is baie van die verpleegkundiges oorwerk omdat ander verpleegkundiges weier om met aborsies behulpsaam te wees. Dokters weier ook soms om sonarskanderings te doen, en moet verpleegkundiges meer verouderde prosedures volg om die grootte van die fetus te bepaal. Laasgenoemde metode is

nie in alle gevalle betroubaar nie. Hierdie werkslading lei ook daartoe dat verpleegkundiges nie tyd het om ondersteuningsgroepe by te woon nie. Malan verwys ook na die teenstelling wat wel in private klinieke ondervind word. Hier word die aborsieprosedure deur 'n ginekoloog gedoen, en word daar genoeg tyd met die pasiënt deurgebring om emosionele ondersteuning te bied soos dit benodig word.

Dr. Eddie Mhlana, hoofdirekteur van moeder-, kind- en vrouegesondheid van die Departement van Gesondheid, daag verpleegkundiges uit om soos in die Christelike geloof, vroue wat aborteer, te ondersteun en liefde te gee (in Pienaar, 2002).

## **2. DISKOERS RONDOM ABORSIE**

### **2.1 Etiese Perspektiewe**

Daar bestaan twee teenstrydige groepe sover hul persepsie van aborsie aangaan. Silber (1980) onderskei twee groepe in terme van hul etiese benadering naamlik deontoloë en konsekwensialiste. Die een groep baseer hul siening op die gevolge van gedrag (konsekwensialiste), terwyl die ander aborsie interpreteer in terme van die gedrag wat openbaar word (deontoloë). Hierdie morele filosofieë word verder gekompliseer deur konsepte soos outonomie, regte en verantwoordelikheid en dus verwys Silber na aborsie as 'n morele dilemma.

Die status van die fetus as persoon word deur talle skrywers gesien as die sleutel tot die oplossing van die dilemma. Volgens Thomas ( in Pojman & Beckwith, 1998) word die regte van die swanger vrou nie in ag geneem nie. Sy is van mening dat dit belangrik is om 'n middeweg te vind tussen die regte van die fetus en die reg van die swanger vrou, wat haarself met 'n onbeplande swangerskap bevind. Sy verduidelik dat dit lofwaardig mag wees indien 'n individu 'n afhanklike party se lewe sou red, maar dat die persoon onder geen verpligting staan om dit te doen nie.

Tooley (in Pojman & Beckwith, 1998) beskou die fetus as 'n lid van die spesie, homo sapiens, maar nie as 'n persoon nie. Volgens die skrywer beskik die fetus nie oor die kenmerke van 'n persoon nie, en het die fetus nog nie enige moraliteit ontwikkel nie. Hy verduidelik ook dat die reg op lewe verwys na die begeerte om voort te bestaan "as subject of experience and other mental states" (Silber, 1980, p. 166). Volgens sy interpretasie word 'n mens dus geïllumineer wanneer selfbewuswording reeds ontwikkel het. Volgens Tooley (in Pojman & Beckwith, 1998) vind dit eers na geboorte plaas. Flowers (in Russo & Denious, 1998) is van mening dat die onontwikkelde koppeling tussen die ontwikkelende brein van die fetus en die liggaam van die fetus eers 21 tot 23 weke na die swanger vrou se laaste menstruasie begin. Die koppeling vind plaas in die pas ontwikkelde neokorteks van die brein wat verantwoordelik is vir bewussyn, denkprosesse, probleemoplossing en taal. Hy is ook van mening dat "before the neocortex develops and is connected with the rest of the developing fetal body, the idea that a fetus can think or feel pain has no basis in biological fact" (Russo & Denious, 1998, p. 42). Dit neem die neokorteks ongeveer 32 weke, na die laaste menstruasie, om soos die van 'n pasgebore baba te lyk of funksioneer. Dit is slegs op hierdie punt dat die verskil tussen 'n baba en 'n fetus slegs die grootte van die liggaam is.

Persoonskap is vir Warren, (in Silber, 1980) die sentrale konstruk. Volgens die navorser, kan persoonskap uitgekien word aan die hand van kriteria soos selfbewussyn en die kapasiteit om te kommunikeer. Met inagneming van hierdie kriteria kan dus aangeneem word dat die fetus nie 'n persoon is nie. Die fetus het die potensiaal om te ontwikkel in 'n persoon. Warren is van mening dat die fetus dus oor minimale regte beskik teenoor die swanger vrou wat reeds haar volle potensiaal as persoon bereik het. Warren waarsku egter dat aborsie slegs moreel aanvaarbaar is indien dit iemand se regte beskerm.

Silber (1980) verwys verder na die argument van Brody wat op die essensie van menslikheid fokus. Hier verwys hy na dit wat verlore gaan nadat 'n persoon gesterf het. Volgens Brody is "the criterion for absent life the non-functioning central nervous system ... that the fetus becomes a living human being when it acquires that characteristic ..." (Silber, 1980, p. 167). Hy is van mening dat die fetus die status van 'n mens vanaf ses (6) weke het. Dit is wanneer fetale breinaktiwiteit begin. Sy postuleer dat die fetus geen morele status in die begin stadium van die ontwikkelingsproses het nie, maar dat hierdie status teen latere stadia verander.

Die morele oriëntasie met betrekking tot aborsie word ook deur Badertscher (in Silber, 1980) as sentraal tot die etiese debat gesien. Badertscher (in Silber, 1980) meen dat sienswyses gebaseer is op of 'n liberale of 'n konserwatiewe morele

oriëntasie. Die liberale oriëntasie beskryf vryheid as outonomie en sien dus geboorteskenking as vrywillig en uit eie keuse. Die konserwatiewe oriëntasie verstaan vryheid in terme van die vryheid van die fetus. Die liberaliste sien die konserwatiewes as onsensitief teenoor die swanger vrou. Konserwatiewes beskou die liberale oriëntasie as die misbruik van mag teenoor 'n weerlose fetus (Badertscher, in Silber, 1980).

## **2.2 Sielkundige Perspektiewe**

Geestelike gesondheid is 'n integrale deel van holistiese gesondheid. Volgens die World Health Organization (WHO) verwys gesondheid na algehele fisiese, geestelike en sosiale gesondheid en nie slegs na die afwesigheid van siektes of gebreke nie (in Figá-Talamanca, 1981). Voorbehoeding word gesien as een van die maniere waarop die doel bereik kan word, aangesien onbeplande swangerskappe in die algemeen tot sosiale probleme lei. Terminering van swangerskappe dra by tot die voorkoming van sielkundige probleme deurdat kinders wat gebore word uit ongewenste swangerskappe in die meeste gevalle psigo-sosiale ontwikkelingsprobleme, met langtermyn sosiaal onaanvaarbare implikasies, ondervind (in David, 1992). Alhoewel die direkte verhouding tussen aborsie en sielkundige gesondheid gedebateer of gekritiseer kan word, deurdat voorbehoeding beide probleme kan uitskakel, is die beskikbaarheid van aborsie ongetwyfeld 'n belangrike faktor in die voorkoming van sielkundige probleme.



Die belangrikste aspek van die aborsie debat handel oor die sielkundige gevolge wat aborsie op die betrokke vrou het. Beide die pro-aborsie, sowel as die pro-lewe groepe gebruik goeie argumente om hul standpunte te staaf. Pro-aborsie groepe beklemtoon dat die algemeenste reaksie op aborsie dié van stresverligting is, omdat die aborsie eintlik die einde van 'n stresvolle en ongewenste swangerskap beteken. Pro-lewe groepe sien "post-abortion stress" (PAS) as die gevolg van aborsie (in Boyle, 1997). Volgens hierdie groepe sluit PAS simptome in soos : depressie, skuldgevoelens, lae selfbeeld, substansmisbruik, verhoudingsprobleme, terugflitse en selfs selfmoordneigings. Speckard en Rue (1992) vergelyk PAS met post-traumatiese stresversteuring wat grotendeels dieselfde simptome presenteer.

Daar is bevind dat die volgende faktore algemeener voorkom by vroue wat wel PAS ondervind:

1. Geskiedenis van sielkundige probleme

Volgens studies is bevind dat vroue sielkundige gevolge ondervind, indien hulle in die verlede sielkundige versteurings ervaar het (in Campbell, Franco, & Jurs, 1988).

2. Mediese redes

Indien die swangerskap beplan is, maar 'n aborsie aanbeveel word as gevolg van mediese redes (die moeder of die fetus), ondervind die moeder en vader in baie gevalle depressie en skuldgevoelens. Die depressie mag dalk gedeeltelik veroorsaak word deur die moeilike besluitnemingsproses, wat op sy beurt ook

vererger word deur die skuldgevoelens omdat hulle nie 'n gesonde kind in die wêreld kon bring nie (in Figá-Talamanca, 1981).

### 3. Duur van swangerskap

Daar is bevind dat aborsies wat gedurende 'n gevorderde swangerskap plaasvind, aanleiding gee tot negatiewe reaksies, in teenstelling met aborsies wat vroeër in swangerskap plaasvind (in Rivera, 1998). Vroue wat op 'n laat stadium die swangerskap termineer, ondervind gewoonlike gevoelens van depressie en skuld. Dit mag dalk verband hou met die onsekerheid omtrent die terminering, deurdat die swangerskap in die eerste plek ontken was. Negatiewe reaksies word veral voorspel indien die swanger vrou reeds die fetus se beweging kon voel.

### 4. Onsekerheid

Onsekerheid omtrent terminering kan lei tot skuldgevoelens en berou. Sommige vroue word deur sosiale en ekonomiese faktore gedwing om die swangerskap te termineer en kan depressie, berou en skuldgevoelens ervaar. Indien die vrou onder druk is van ander belanghebbende partye, kan die skuldgevoelens in 'n vyandigheid teenoor die betrokke partye verander. Figá-Talamanca (1981) stel dat vroue wat onwettige aborsies ondergaan het selde enige negatiewe sielkundige reaksies ondervind het, omdat hulle absolute sekerheid gehad het en vasberade was om die swangerskap te termineer.

### 5. Die ouderdom van die swanger vrou

Studies het bevind dat jonger adolessente geneig is om meer negatiewe reaksies as ouer vroue te hê. Alle adolessente ervaar nie sielkundige probleme na die aborsie nie (in Franz & Reardon, 1992). Sommige jeugdiges is meer volwasse na die aborsie-ervaring. Die reaksie op aborsie word grotendeels bepaal deur die aanwesigheid van 'n ondersteuningsnetwerk, die besluitnemingsproses en die behandeling wat adolessente by verskillende inrigtings ontvang.

#### 6. Houding teenoor aborsie

Daar is 'n direkte verband tussen die reaksie op aborsie en die opinie van die persoon. Tenspyte van die dekriminalisering van aborsie, vind mense dit steeds moeilik om aborsie te intergreer as deel van 'n waardesisteem. Studies het gevind dat vroue wat wel hul swangerskappe termineer nie noodwendig 'n positiewe houding teenoor aborsies het nie ("Youth Voices," 2001). Behalwe die subjektiewe prosesse wat plaasvind, het die houding van die personeel by klinieke en hospitale ook 'n invloed op die reaksie wat die persoon mag hê.

Koop, wat deur pres. Reagan in 1987 aangestel is om die effek van aborsie op vroue te ondersoek, wou nie die verslag bekend stel nie, omdat hy nie genoeg bewyse gehad het om enige kant van die argument te steun nie. In April 1990, het 'n paneel van die American Psychological Association (APA) die inligting wat deur Koop ingewin is, ondersoek en bevind dat "some women experience severe distress or psychopathology after abortion and require sympathetic care. . . . The

development of significant psychological problems related to abortion is minuscule from a public health perspective" (in Dube, 1998).

Adler, (in Dube, 1998) wat die leier van die APA taakspan was, was van mening dat sielkundige dienste oorweldig sou wees deur kliënte wat PAS ("post-abortion stress") ondervind aangesien ongeveer 1.5 miljoen vroue jaarliks aborsies ondergaan. Dit kom dus voor of Adler van mening is dat 'n baie klein persentasie van vroue wat 'n aborsie ondergaan, wel negatiewe emosies na 'n aborsie ondervind. Speckard en Rue (1992) was egter van mening dat sommige individue in sekere omstandighede en met sekere persoonstrekke meer ontvanklik is vir PAS as ander. Wilmoth, de Alteriis, en Bussel (1992) het bevind dat die reaksie op aborsie, deur korttermyn terapeutiese intervensie om die vrou se hanteringsvaardighede te verbeter, voorkom of verminder kan word.

Die ander sy van die argument het gevolglik ook betrekking op gedwonge swangerskappe en die inpak wat dit op die toekomstige moeder en kind mag hê. Die terminering van 'n swangerskap bly 'n onaangename ervaring, al is dit op versoek van vroue om toekomstige probleme te voorkom. In gevalle waar aborsie nie toegestaan word nie, word die vrou teen haar wil gedwing in swangerskap en word sy vir die res van haar lewe verbind tot die versorging van 'n kind.

Furstenberg, Brooks-Gun, en Chase-Lansdale (1989) was van mening dat “a young woman’s life chances are compromised by early childbearing” (p. 315). Furstenberg et al. (1989) postuleer dat kinders van tiener moeders oor die algemeen ‘n ontwikkelingsagterstand het, vergeleke met kinders van ouer moeders. Verskille ten opsigte van die volgende aspekte word waargeneem: kognitiewe funksionering, aggressiwiteit, verminderde selfbeheer, verlaagde skoolastiese vordering, leerprobleme en swak gedrag. Die navorsers is ook van mening dat hierdie verskille hoofsaaklik by seuns voorkom. Hulle voer aan dat sosiale omstandighede dalk ‘n bydrae kan lewer, maar dat die moeder se vlak van emosionele ontwikkeling of swak ouerleiding ook aan die probleme verbind kan word.

### **2.3 Religieuse Perspektiewe**

Die religieuse standpunte rakende aborsie word deur verskillende perspektiewe aangespreek as gevolg van die historiese evolusie van godsdienstige instansies. Hierdie perspektiewe sluit onder andere die outoriteit en mag van heteroseksuele verhoudings in, die beskouing van seksualiteit, die rol van gewete en beheer en die siening omtrent vrugbaarheid, die definisie van ‘n persoon en die verband tussen moraliteit en die wet.

Ten spyte van die feit dat God die gelykheid van alle mense verkondig het, en die vroulike volgelinge ‘n regmatige plek toegeken het, het die Christelike geloof

grotendeels die waardes van 'n patriargale sisteem gepropageer (in Russo & Denious, 1998). Vroulike seksualiteit was uitgebeeld as 'n onweerstaanbare bron van verleiding en boosaardigheid. Voortplanting is met die vrou geassosieër, met die gevolg dat die Christendom die rol van die vrou as moeder beklemtoon het. Die Katolieke Kerk sien seksuele omgang as sondig en immoreel, tensy die beoefening daarvan gekoppel is aan voortplanting binne huweliksverband. Aborsie word gesien as 'n skending van God se wette en die reg van onskuldige mense om te leef (in Russo & Denious, 1998).

Navorsing wat deur Henshaw, Koonin, en Smith (in Russo & Denious, 1998), in Amerika gedoen is het getoon dat een uit elke drie aborsie pasiënte Katoliek was. Van alle godsdienstige groepe ondersteun die Jode die meeste aborsie. Die fetus word as deel van die moeder gesien en nie as 'n persoon nie. Slegs wanneer 'n fetus onafhanklik van die moeder kan bestaan, word dit as 'n persoon geklassifiseer.

Die profeet Mohamed het verkondig dat "the embryo does not acquire a soul before the 120<sup>th</sup> day of conception, and that, therefore, induction of abortion before that date is not considered a crime" (Ragab, 1981, p. 509). Dit is duidelik dat Islam in die meeste gevalle deur hierdie verklaring gelei word. Volgens Ragab bestaan Islam uit 4 sektes, naamlik: Haneefiyah, Malekeyah, Shafeiyah en Hanabliyah wat elk verskillende opinies omtrent aborsie het.

Die Malekeyah laat slegs aborsies toe tot voor die 40ste dag van swangerskap, terwyl die Hanabliyah totaal gekant is teen aborsie. Die Haneefiyah is ten gunste van aborsie tensy dit plaasvind voor die 120ste dag van swangerskap, wanneer die embrio se siel ontwikkel het (in Ragab, 1981). Die Shafeiyah teoloë is nie eens omtrent die status van aborsie nie, alhoewel sommiges die Haneefiyah standpunt aanhang.

Ten spyte van die ekstreme standpunte wat deur die verskeie geloofsgroepe ingeneem word, kan beide pro-lewe en pro-keuse groepe tussen al die bogenoemde denominasies gevind word. Dit kom dus voor of religieuse oorwegings nie as maatstaf gebruik kan word om die pro-lewe groep van die pro-keuse groep te skei nie. Individuele en unieke situasies en oortuigings speel 'n veel groter rol in mense se opvatting omtrent aborsie as godsdien.

Volgens Varga (2001) beïnvloed godsdienstige oorwegings, veral in plattelandse dorpe, adolessente se houding teenoor aborsie. 'n Studie wat deur Ortiz en Nuttall (1987) gedoen is, toon dat adolessente wat wel aborsies ondergaan het, sterker godsdienstige bande as die nie-aborsie groepe gehad het. Dit kom dus voor of adolessente die aborsie skei van hul godsdienstige oorwegings. Gilligan (1982) het ook gevind dat 'n positiewe houding teenoor aborsie nie 'n vereiste is vir 'n meer positiewe reaksie op die besluit om te aborteer nie. Die adolessent se

posisie verskil van die van volwassenes, omdat sy besig is met die proses van identiteitsformasie. Hierdie proses vereis positiewe leiding van ouers en ander belanghebbende partye.



### **3. ADOLESSENTE ONTWIKKELING**

#### **3.1 Ontwikkelingstake**

Die ontwikkelingstake van adolessensie wat deur sielkundiges identifiseer word sluit in: identiteitsformasie, seksuele identiteitsformasie, en outonomieit.

Identiteitsontwikkeling word deur Erikson beskryf as "... a process through which the challenges and demands of society require the young person to make choices and decisions which will lead to irreversible role patterns, commitments for adult life and, subsequently, related self-definitions (Numri, Poole, & Kalakoski, 1996, p. 443)."

Volgens Bloss (in Marecek, 1987) word die skeiding tussen die adolessent en ouers tydens hierdie periode beklemtoon met die toenemende onafhanklikheid van die adolessent. Die suksesvolle bemeestering van hierdie ontwikkelingstaak word deur adolessente beklemtoon deurdat kritiek teen bestaande normes en waardes van ouers uitgespreek en gedemonstreer word. Grisso en Vierling (in Pliner & Yates, 1992) het bevind dat die meerderheid van vyftienjariges, besluite omtrent hul gesondheid kan neem sonder die inmenging van ander persone. Dit word gesien as 'n teken van outonomieit.

Vroulike ontwikkeling word veral in teenstelling met Erikson se teorie gesien, deurdat die outonomieit van adolessente as 'n integrale deel van die vyfde fase gesien word. Die teorie van Erikson word deur Gilligan (1982) gekritiseer omdat Erikson se teorie op die ontwikkeling van mans gebaseer is, en nie die verskil in die interpersoonlike oriëntasie van die vroulike geslag in ag neem nie. Volgens Gilligan is vroulike ontwikkeling gebaseer op die vorming en ontwikkeling van verhoudings. 'n Hegtingsproses word dus beklemtoon in stede van 'n proses van skeiding, soos deur die toenemende outonomieit van mans geimpliseer word.

### **3.2 Seksualiteit en Seksuele Identiteit**

Adolessensie gaan gepaard met fisiese veranderinge, sowel as psigo-sosiale eise wat aan die adolessent gestel word. Die jong volwassene leer gedurende hierdie periode om seksuele veranderinge te hanteer. Die seksuele ontwikkeling van die adolessent word volgens Masters, Johnson, en Kolodny (1992) gekenmerk deur die volgende vyf temas, naamlik:

- 1) Die verband tussen adolessente ontwikkeling, liggaamsbeeld en selfbeeld.

Adolessente is oor die algemeen baie gefokus op hul uiterlike voorkoms. Die rede hiervoor is omdat hul identiteit as persoon nie ten volle ontwikkel is nie, en hul voorkoms dus hierdie aspek van hul persoonlikheid definieer.

- 2) Die verkenning van die liggaam en die liggaam se sensualiteit en seksuele response en behoeftes.

Die meerderheid adolessente verken hul liggame deur fisiese inspeksie. Hierdie soort betasting lei tot aanraking met die spesifieke intensie om seksueel opgewek te word. Eksperimentering bring hulle in aanraking met seksuele behoeftes en voorkeure. Dit is dus gedeeltelik 'n inoefening vir toekomstige interpersoonlike seks en ook deel van selfontdekking.

- 3) Die vorming van 'n identiteit, wat insluit die gesosialiseerde geslagsrol en die eksplorering van seksuele oriëntasie.

Volgens Erikson is die primêre ontwikkelingstaak van hierdie groep, die soeke na 'n identiteit. Hierdie ontdekkingsproses word verder gekompliseer deur die samelewing se verwagtinge in terme van geslagsrolle en seksuele oriëntasie. Daar is dus verwagtinge wat gebaseer is op stereotipes omtrent gepaste karaktertrekke en optredes van mans en vroue wat die proses vir sommige adolessente bemoeilik. Volgens Allgeier en Allgeier (2000) eksperimenteer die adolessent met verskillende rolle en fantasieë. Die adolessent mag ook dalk gedurende hierdie fase 'n gefragmenteerde identiteit ontwikkel, waartydens te veel vryheid mag lei tot onduidelikhede aangaande persoonlike identiteit en te min vryheid die adolessent 'n beperkte verwysingsraamwerk bied waaruit volwasse lewe hanteer kan word. Gedurende vroeë en middel adolessensie word seksuele gedrag hoofsaaklik gemotiveer deur die samelewing se verwagtinge.

- 4) Die eksplorering van seksuele en romantiese verhoudings, insluitend intimiteit en toegewydheid aan verhoudings.

Gedurende die vroeë adolessente jare begin die eksperimentering met sosiale vaardighede. Die seksuele intimiteit in hierdie verhoudings neem toe soos die adolessent ouer en meer ervare word. Daar bestaan nog steeds die idee onder manlike adolessente dat seks slegs ten doel het om 'n seksdrang te bevredig. Vir adolessente dogters is seks egter die middel tot ontferming, intimiteit en liefde. 'n Belangrike aspek van middel en laat adolessensie is om die reëls en kuns van seksuele onderhandelinge te leer. Daar word dus geleer om behoeftes en voorkeure te kommunikeer en ook om grense te stel.

- 5) Die vorming van 'n persoonlike seksuele waardesisteem.

Volgens Masters et al. (1992) is die saamstel van 'n seksuele waardesisteem 'n uitkoms van die ontdekking van 'n eie identiteit. Adolessente besluit dus of seks vir hulle 'n uitdrukking is van intimiteit en liefde en of dit slegs informele bevrediging is. Hierdie besluitneming word beïnvloed deur familie waardes, religieuse waardes en hegte vriende se waardes omtrent seks.

Hadfield (in Ferron, 1992) se opvatting van seksuele ontwikkeling verskil van die van Masters, et al. deurdat dit meer gefokus is op die tipe verhoudings wat deur die adolessent gevorm word.

Hadfield het die volgende vyf fases identifiseer:

### 1) Groep Homoseksuele fase

Hierdie fase strek vanaf 10 jaar tot 14 jarige ouderdom. Tydens hierdie fase speel kinders hoofsaaklik in groepe wat slegs uit 'n enkele geslag bestaan. Homoseksuele eksperimentering mag dalk plaasvind, maar mag natuurlik verdwyn.

### 2) Individuele Homoseksuele fase

Tydens hierdie fase ontstaan die behoefte aan kameraadskap en begin die soeke na 'n goeie vriend van dieselfde geslag. Hierdie verhouding is nie-seksueel, en dien dit hoofsaaklik die doel om geheime te bespreek. Dit mag egter ook lei tot gemeenskaplike masturbering. Hierdie behoefte van die adolessent mag dalk verander in 'n tydelike liefdesverhouding. Gewoonlik vorm die adolessent gou hegte bande met die teenoorgestelde geslag. Indien daar egter sterk skuldgevoelens ervaar word, mag 'n permanente fiksasie in homoseksualiteit ontwikkel.

### 2) Oorgangsfase

Gedurende hierdie fase het die adolessent geen behoefte aan hegte verbintenisse nie en is die behoefte aan privaatheid meer belangrik.

### 4) Poligame fase

Oor die algemeen is die adolessent in hierdie fase aangetrokke tot byna alle lede van die teenoorgestelde geslag. Omdat hulle gedurende hierdie fase nog redelik onseker oor hulself is, beweeg hulle saam in groepe of pare. Dit kom voor of die behoefte om uit te lok van primêre belang is, en nie seks nie.

Seuns het fantasieë omtrent half naakte dogters, of om hulself teen 'n dogter te skuur. Soos die adolessent meer selfversekerd word, word hegte liefdesverhoudings met 'n verskeidenheid individue gevorm. Hulle eksperimenteer gedurende hierdie fase met die emosionele aspek van volwasse liefde. Dit beteken geensins dat seks nie deel van so 'n verhouding sal wees nie.

#### 5) Monogame fase

Die eerste gedeelte van hierdie fase fokus hoofsaaklik op romanse en idealistiese idees omtrent verhoudings. Die emosies wat ervaar word, is gewoonlik baie intens en mag dit daartoe lei dat seks nie deel van die verhouding is nie. Hierdie soort verhouding mag ontwikkel in 'n seksuele verhouding, deurdat die behoefte aan totale eenheid tussen die twee individue ontstaan.

Freud (in Allgeier & Allgeier, 2000) beklemtoon die biologiese en genitale ontwikkeling tydens puberteit wat die laaste fase in die psigo-seksuele ontwikkelingsproses is. Volgens Freud beleef die adolessent 'n herlewing van seksuele energie en aktiwiteit van die genitale fase. Hy glo ook dat die adolessent weer eens 'n hernieude seksuele belangstelling in die ouer van die teenoorgestelde geslag beleef. Vandaar die belangstelling in ouer persone van die teenoorgestelde geslag.

### 3.3 Kognitiewe Ontwikkeling

Die kognitiewe ontwikkelingsproses is veral deur Piaget in detail beskryf (in Kaplan & Sadock, 1997). Hy is van mening dat die adolessent gedurende hierdie fase (elf jaar tot aan die einde van adolessensie) vanaf die konkrete operasionele fase na die formele operasionele fase beweeg. Dit is die fase waarin die jong persoon se kognitiewe prosesse logies, sistematies en simbolies van aard is. Die persoon het dus nou die kapasiteit vir abstrakte denke sowel as die vermoë om afleidings te maak en om konsepte te definieer. Hulle beskik oor die vermoë om uitkomst te voorspel op grond van die presenterende situasies. Adolessente kan ook die verband sien tussen onafhanklike konsepte, en op grond hiervan hipoteses vorm. Hulle het die potensiaal om hierdie hipoteses aan die hand van realiteite te toets en sodoende te beweeg vanaf die algemene na die spesifieke.

Nie alle adolessente bereik hierdie fase van formele operasies op dieselfde tyd, of in dieselfde graad nie. Die ontwikkelingsproses word ook beïnvloed deur individuele kapasiteit sowel as sosiale faktore (in Kaplan & Sadock, 1997).

Heath (in Foster & Sprinthall, 1992) is van mening dat kognitiewe ontwikkeling ook spesifiek verband hou met die area van ontwikkeling. Volgens Heath bestaan die moontlikheid dat 'n persoon wel intellektueel ontwikkel terwyl sy of hy stadige vordering toon sover dit beroeps-, persoonlike- en interpersoonlike ontwikkeling aangaan. Feldman (in Loevinger & Knoll, 1983) het gevind dat drie (3) kinders,

wat onderskeidelik skaakspelers en 'n komponis was, die vlak van formele operasies in hierdie velde bereik het lank voor hulle dit in ander areas van ontwikkeling bereik het.

Volgens Piaget ontwikkel morele redenering in samehang met kognitiewe ontwikkeling (in Kaplan & Saddock, 1997). Dit behels nie die oordeel tussen reg en verkeerd nie, maar die gebruik van meer gesofistikeerde, objektiewe kriteria om besluite te neem. Vir die meeste navorsers verwys morele ontwikkeling na pro-sosiale gedrag, altruïsme, sosialisering en empatie.

### **3.4 Morele Ontwikkeling**

Kaplan en Saddock (1997) verwys ook na die drie perspektiewe wat Kohlberg huldig ten op sigte van morele konflik en keuse. Kohlberg se ontwikkelingsteorie word verbind aan die ontwikkeling van reflektiewe denke, en word daarna verwys as die pre-konvensionele (voorskoolse jare), konvensionele (middel kinderjare) en post-konvensionele (adolessensie) ontwikkelingsvlakke. Die pre-konvensionele oordeel vewys na egosentriese redenering waar morele waardes in terme van die individu se behoeftes gekonstrueer word. Oordeel wat die gemeenskaplike norme van die groep, gemeenskap en samelewing insluit, word die konvensionele morele oordeel genoem. Die hoogs ontwikkelde oordeelsvorm het 'n reflektiewe perspektief op die samelewing se norme en aanvaar waardes wat universeel is.



Volgens Gilligan (1982) kom hierdie oordeelsvorm veral by vroue voor. Vroue en mans se definisie van morele waardes verskil. Vroue fokus hoofsaaklik op verantwoordelikheid en verhoudings, terwyl mans se definisie van morele waardes sentreer om regte en reëls. Vroue baseer oordeel op empatie en ontferming en word vroue se probleemoplossingsvaardighede in baie gevalle, as gevolg hiervan, geassosieer met dié van kinders. Ook belangrik in die besluitnemingsproses is die beeld van vroulikheid en die sosialisering van die vrou in terme van mag en gelykheid (in Gilligan, 1982). Vroulikheid gaan gepaard met besorgdheid en ontferming, terwyl volwassenheid onafhanklike besluitneming beklemtoon. Dit lei tot konflik tussen vroulikheid en volwassenheid. Die konflik bestaan tussen ontferming en outonomieit en tussen deugsamheid en mag. Aborsie skep dus die morele dilemma ten opsigte van die benadeling van self en ander. Hierdie konflik tussen volwassenheid en vroulikheid hou hoofsaaklik verband met die feit dat Kohlberg van mans gebruik gemaak het in sy studie, en beteken dit dus dat sy gevolgtrekkings nie na vroulike ontwikkeling veralgemeen kan word nie.

Gilligan (1982) verwys na die etiek van ontferming en verantwoordelikheid in vergelyking met Kohlberg se etiek van geregtigheid in mans. Intimiteit word deur Gilligan beskryf as 'n belangrike hoeksteen van vroulike ontwikkeling. Dit verskil van die ontwikkeling van seuns, omdat individuasie op 'n groter skaal in hul ontwikkeling plaasvind. Gilligan verduidelik hierdie verskil in terme van die rol van die moeder as primêre oppasser van die kind gedurende die eerste drie

ontwikkeljingsjare. Omdat seuns se belewing van die sosiale omgewing verskil van dié van dogters, ontstaan daar geslagsverskille in die vorming van die persoonlikhede. Die vroulike identiteitsformasie vind plaas in die konteks van 'n volgehoue verhouding. Omdat die moeder en dogter gemeenskaplikhede deel, en dogters hulself ervaar as "dieselfde", word die hegingsproses deel van die identiteitsformasie. Dus word die identiteitsvormingsproses gebaseer op die verhoudings en verbintenisse met ander mense. In die geval van seuns se identiteitsvorming, word hulle deur die moeder as die teenoorgestelde geslag beskou. Omdat seuns hul "andersheid" wil beklemtoon, skei hulle van die moeder, en word die primêre band van liefde en empatie vroeg verbreek. Differensiasie is dus ook 'n prominente aspek van die seun se ontwikkeling. Die verskil word soos volg deur Gilligan (1982) verduidelik:

For girls and women, issues of femininity or feminine identity do not depend on the achievement of separation from the mother or on the progress of individuation. Since masculinity is defined through separation while femininity is defined through attachment, male gender identity is threatened by intimacy while female gender identity is threatened by separation. (p. 8)

Hierdie verskille impliseer dus dat die ontwikkelingsstadia van vroue noodwendig sal verskil van die van mans. Outonomie mag dalk nie 'n besliste mylpaal vir die ontwikkelende vrou wees nie, maar wel die vorming van betekenisvolle verhoudings en die instandhouding daarvan. Tydens die tweede

individuele proses wat deur tienerseuns ervaar word, word die ontwikkeling van vroue as problematies en afwykend gesien.

Volgens Schoof-Tames, Schlagel, en Walczak in Gruber en Chambers (1987) blyk dit of die betekenisvolste veranderinge in seksuele moraliteit tussen die ouderdom van elf en sestien jaar plaasvind. Transformasie vanaf die tradisionele, blindelinge aanvaarding van reg en verkeerd, na 'n meer afgeronde, konteksgebonde siening van seksuele gedrag en die aanvaarbaarheid daarvan onder sekere omstandighede, blyk plaas te vind.

Gilligan (1982) is sterk gekant teen die bestaande ontwikkelingsteorië. Die neiging van vroue tot intimiteit en die neiging van mans tot outonomie lei tot verskille in die betekenis wat mans en vroue aan verhoudings heg. Indien morele ontwikkeling tussen die ouderdom van elf en sestien die toppunt bereik, sou die tweede individuele proses, wat tydens die periode plaasvind, 'n groot invloed hê op seuns se morele waardes.

#### **4. ADOLESSENSIE EN DIE BESLUIT OM TE ABORTEER**

Daar bestaan talle studies wat dui daarop dat aborsie oor die algemeen baie min negatiewe effekte tot gevolg het. Die moontlikheid bestaan egter dat adolessente in groter gevaar is om wel sielkundige probleme te ondervind na 'n aborsie (Adler, Smith, & Tschann, 1998). Volgens bestaande studies waar adolessente en volwassenes vergelyk word, blyk dit of daar nie genoegsame bewyse is dat adolessente wel sielkundige probleme na die terminering van 'n swangerskap ondervind nie. Melton en Russo (1987) is van mening dat navorsing op die gebied van aborsie-besluitneming benodig word en noem verder: "Given the substantial personal and social significance of such decisions, adequate knowledge is critical for policy and practice" (p. 71).

##### **4.1 Verband tussen Sielkundige Gevolge en Besluitneming**

Volgens Rivera (1998) is daar 'n verband tussen die reaksie op aborsie en die besluitnemingsproses. Turell, Armsworth, en Gaa (1990) het bevind dat "a woman's decision making process appears to be the variable that best explains such differences in emotional response" (p. 50). Adler (1992) het ook tot die slotsom gekom dat, indien vroue baie onseker is, of dit moeilik gevind het om die besluit te neem om te aborteer, die emosionele reaksie op die terminering van die

swangerskap meer intens kan wees. Adler en Dolcini (in Marecek, 1987) het tot die gevolgtrekking gekom dat "Serious psychological sequelae of abortion are infrequent, but they can occur, especially if the decision to have the abortion was made under duress, if it was disapproved by important others, or if the teenager did not receive adequate social support" (p. 91). Na aanleiding van die studie deur Turell et al. (1990) is bevind dat vroue baie meer berou, angs, depressie, onsekerheid en woede ondervind indien hulle baie onsekerheid tydens die besluitnemingsproses ondervind het. Hierdie studie het ook gelei tot die bevinding dat goeie probleemoplossingsvaardighede, soos om informasie te bekom en ondersteuning te verkry, tot gevolg het dat vroue minimale sielkundige probleme ondervind na die aborsie.

Die rol wat ouers en die toekomstige vader in die proses speel, word deur baie navorsers geïgnoreer. Hierdie rolspelers se opinies mag moontlik deurslaggewend wees in sommige vroue se besluitnemingsproses. Rivera (1998) het bevind dat die vrou in groter gevaar is om 'n negatiewe reaksie te hê indien die besluit om te aborteer gebaseer is op die ouers of kêrel se menings. Volgens Adler (in Beckman & Harvey, 1998) ondervind vroue wat 'n moeilike besluitnemingsproses ervaar het, sterker emosies wat dalk berou, angs, depressie, onsekerheid en vrees kan insluit.

Volgens Osofsky en Osofsky (in Major & Cozzarelli, 1992) word probleme met betrekking tot die besluitnemingsproses geassosieer met skuldgevoelens, die

persepsie dat die aborsie prosedure moeiliker is en ook 'n vrees vir die aborsieproses. Bracken (in Major & Cozzarelli, 1992) het ook bevind dat vroue wat die besluitnemingsproses baie moeilik vind en angste ervaar voor die aborsie ook na die aborsie angste sal ervaar of die aborsie moeilik sal verwerk. Shusterman (in Major & Cozzarelli, 1992) het 'n onbevredigende besluitnemingsproses geassosieer met depressie na aborsie.

Major en Cozzarelli (1992) voer aan dat die verhouding tussen besluitneming en aanpassing na die aborsie, verduidelik kan word aan die hand van vroue wat 'n beplande swangerskap het of vroue wat groter betekenis aan die swangerskap heg. Redes vir aborsie na 'n beplande swangerskap mag dalk mediese redes, 'n verandering in die verhouding met die vader of druk van ander partye insluit. Ongeag die rede vir die aborsie, die besluitnemingsproses word deur 'n groot mate van onsekerheid gekenmerk.

## **4.2 Besluitnemingsproses**

Volgens die literatuur, blyk dit of skrywers (Bracken, Hachamovitch, & Grossman, 1974; Finken & Jacobs, 1996; Foster & Sprinthall, 1992; Franz & Reardon, 1992; Gruber & Chambers, 1987; Marecek, 1987) dit eens is dat die besluitnemingsproses die belangrikste fase in die aborsie proses is. Hoofkomponente hier ter sprake is kognitiewe en emosionele vaardighede. Die verskillende fasette betrokke by hierdie besluitneming is morele beredenering,

perspektiefneming, die kapasiteit om vir die toekoms en moontlike gevolge te beplan en ook die kapasiteit waaroor die adolessent beskik om nie slegs in selfbelang op te tree nie (in Gruber & Chambers, 1987).

Foster en Sprinthall (1992) het die volgende vyf stadia volgens Kohlbergh se vlakke van morele ontwikkeling en soos dit van toepassing is op die aborsiebesluit, soos volg uiteengesit:

Vlak 1 - die fokus is op die vermyding van straf deur onbevraagtekenende gehoorsaamheid;

Vlak 2 – besluitneming word gebaseer op die gevolge wat die besluit vir die persoon inhou; dus die behoefte om die self te beskerm;

Vlak 3 – die besluit word bepaal deur die behoefte om ander persone tevrede te stel;

Vlak 4 – die besluit is gebaseer op self-analise, 'n sin vir die individu se unieke redes en verantwoordelikheid vir die besluitnemingsproses;

Vlak 5 – besluitnemingsproses sluit in die inagneming van die welsyn van alle betrokke partye, die reg van individue om eie keuses te maak, met insig in die lang en korttermyn gevolge.

Met betrekking tot aborsie verwys Bracken et al. (1974) na hoë kwaliteit besluitneming en lae kwaliteit besluitneming. Hulle is van mening dat 'n hoë kwaliteit besluit geneem word indien die swanger vrou (of adolessent) haar eie

reaksie op die aborsie en ook die reaksie van familie en vriende in ag neem. 'n Lae kwaliteit besluit sal nie hierdie reaksies in ag neem nie, en sal dus, volgens hierdie skrywers, lei tot 'n negatiewe ervaring op die aborsie. Hierdie skrywers het dus die belangrikheid van die sosiale en interpersoonlike omgewing gesien as deel van die besluitnemingsproses. Die belangrikheid van wye konsultasie deur die swanger moeder, word deur Finken en Jacobs (1996) beskryf. Hulle sien die informasie -proseseringsvaardighede as 'n deurslaggewende faktor vir 'n suksesvolle besluitnemingsproses.

Benewens die bogenoemde aspekte, word die ontwikkelingstadium van die adolessent as 'n integrale deel van die besluitnemingsproses gesien. Campbell, Franco, en Jurs (1988) postuleer dat verskille in ontwikkelingsvlakke noodwendig ook verskille in probleemoplossingsgedrag sal veroorsaak. Marecek (1987) het veral verwys na die sentraliteit van die soeke na outonomie, die seksuele identiteit en die kognitiewe ontwikkeling van die adolessent.

Gilligan (1982) is sterk van mening dat die ontwikkelingsteorieë nie veralgemeen kan word na vroue nie, aangesien dit gebaseer is op die ontwikkeling van mans. Volgens haar is die besluitneming aanvanklik egosentries as gevolg van die behoefte om voort te bestaan. Dit word gevolg deur 'n oorgangsfase waarin dié soort oordeelsvorm gesien word as selfsugtig. Die nuwe gewaarwording van self en ander word artikuleer as verantwoordelikheid. Die fokus skuif dan na die



samesmelting van verantwoordelikheid en moederlike moraliteit. Die bewuswording van die bevoordeelde ander en benadeelde self lei tot disekwilibrum. In die proses word die onduidelikheid tussen selfopoffering en ontferming wat 'n inherente deel is van vroulikheid, in heroorweging geneem. 'n Nuwe begrip van die verhouding tussen self en ander verdryf die wrywing tussen selfsugtigheid en verantwoordelikheid. Besorgheid word in beginsel aanvaar en vorm die sielkundige aspek van verhoudings en response daarop. Hierdie besorgheid word universeel in die algehele afkeuring van benadeling en uitbuiting. Die kennis omtrent verhoudings sentreer rondom die idee dat die self en ander interafhanklik is. Die onderlinge verbinding lei tot die erkenning dat geweld vir almal destruktief is, maar dat besorgheid beide die self en ander versterk. Gilligan (Loevinger & Knoll, 1983) het dus die volgende drie stadia geïdentifiseer:

- (1) die fokus is hoofsaaklik op oorlewing;
- (2) die fokus is op verantwoordelikheid en die wens om nie vir ander ongelukkigheid te veroorsaak nie, en
- (3) die fokus op ontferming vir self en ander.

#### **4.3 Teoretiese Perspektiewe op Aborsie**

Cozzarelli, Sumer, en Major (1998) het 'n studie gedoen om die invloed van bande wat tydens vroeë kinderjare met die primêre versorger gevorm word op die hantering van stresvolle situasies soos aborsie, te ondersoek. Hulle het van Bowlby se gehegtheidsteorie gebruik gemaak om te verduidelik hoe opvattinge en

verwagtinge omtrent die self en ander belangrike persone gevorm word. Hul hipotese was dat, indien die opvattinge en verwagtinge positief is vir beide die self en ander of slegs vir die self, die individu meer vertroue in haar vermoë om die krisis te hanteer, sal hê. Hierdie positiewe gesindheid het ook 'n invloed hê op haar persepsie van hoe ondersteunend en opponerend haar maat sal wees. Die slotsom het verder gelui dat sosiale ondersteuning, sosiale konflik en die vertroue in eie kapasiteit dien as aanduiers van goeie aanpassing na 'n aborsie.

Verskillende navorsingstudies het aanleiding gegee tot die ontwikkeling van ander modelle wat die gevolge van aborsie verduidelik (in Miller, 1992). Buiten hierdie modelle is 'n **basiese model** ontwikkel waarvan ander modelle slegs 'n variasie is. In hierdie model lei 'n ongewenste swangerskap na sekere intermediêre ervarings en die gevolglike terminering van 'n swangerskap. Hierdie proses gee aanleiding tot 'n verskeidenheid gevolge.

Navorsers het modelle ontwikkel wat die korttermyn, sowel as die langtermyn gevolge van aborsie verduidelik. Onder korttermyn modelle resorteer die krisismodel en die biologiese model. Verligting en afname in angs word deur die **krisismodel** beskryf as die primêre gevolg van aborsie (in Miller, 1992). Volgens die **biologiese model** veroorsaak die traumatiese versteuring van die swangerskap dat die sirkulasie van sekere hormone lei tot 'n verandering in die

vrou se gemoed. Hierdie model word as ondersteuning gebruik om die “post-abortion blues” fenomeen te verduidelik (in Miller, 1992).

Langtermyn modelle sluit in die stresmodel, norm-oortredingsmodel, verliesmodel, leermodel en die besluitnemingsmodel. Die sentrale argument van die **stresmodel** is dat die ongewenste swangerskap stres veroorsaak, en dit tesame met die aborsie aanleiding gee tot angs wat negatiewe gevoelens en ander sielkundige gevolge insluit. Hierdie model word veral deur Speckard en Rue (1992) as basis vir hul navorsing gebruik. Hierdie navorsingstudie het as middelpunt die persoon se hanteringstyl, selfbeeld, vorige sielkundige funksionering en sosiale ondersteuning tydens die aborsie.

Die **norm-oortredingsmodel** veronderstel dat sosiale norme wat gewoonlik anti-aborsie is, konflikgevoelens veroorsaak omtrent die ongewenste swangerskap. Dit lei dus tot ambivalente gevoelens omtrent die aborsie, maar ook skuldgevoelens, skande en 'n vrees dat sy nie deur die gemeenskap aanvaar sal word nie. Hierdie norms wat deur die gemeenskap gehou word, word gewoonlik deur die individu geïnternaliseer. Hierdie model word deur Bracken et al. (1974) ondersteun.

Volgens die **verliesmodel** ondervind die individu 'n verlange na ouerskap wat in verskillende grade voorkom. Indien hierdie begeerte sterk genoeg gevestig is, lei dit tot ambivalente gevoelens voor die aborsie en gevoelens van verlies na die

aborsie. In die geval van 'n beplande swangerskap waar die individu as gevolg van eksterne faktore, soos gesondheid, deur ouers en ander belanghebbendes ooreed word om wel die swangerskap te aborteer, lei dit tot erge ambivalensie voor die aborsie en 'n oorweldigende gevoel van verlies daarna.

Die **leermodel** fokus op leerprosesse wat gedrag verander as gevolg van die ongewenste swangerskap en gevolglike aborsie. Positiewe veranderinge mag lei tot meer verantwoordelike voorbehoedingsgedrag. In sommige gevalle mag 'n vrees vir verhoudings of seks ontwikkel. Veranderinge mag verrykend en baie kompleks wees, soos om fundamentele aspekte van 'n bestaande verhouding te verander. Hierdie veranderinge mag dalk die gevolg wees van insigte wat tydens die besluitnemingsproses verkry is omtrent haarself en ander belanghebbendes of dit mag die gevolg wees van negatiewe gevoelens wat tydens die swangerskap ervaar is. Osofsky, Osofsky, en Rajan, (in Miller, 1992), verwys na die emosionele rypwording wat die jong vrou ondervind.

Die **besluitnemingsmodel** word deur 'n groot groep navorsers gebruik as die begronding vir hul studies. Wat belangrik is in hierdie model, is die besluitnemingsproses voor die aborsie en die negatiewe gevoelens omtrent die besluit wat op die aborsie volg. Die twee belangrike faktore in hierdie model is die stremminge betrokke by die besluitnemingsituasie en die onverwagte gebeurtenisse wat na die aborsie plaasvind. Die eersgenoemde faktor verwys na

moontlike konflik met die “vader” of druk weens tydsbeperking en gebeurtenisse wat dalk kan inbraak maak op die besluitnemingsproses. Indien daar probleme ontstaan met verdere swangerskappe, mag dit dalk lei tot selfkondemnasie en gevoelens van berou.

Die voorgestelde model fokus op die proses waarby die besluit geneem word. Die besluitnemingsmodel (in Miller, 1992) fokus op vyf komponente van die besluitnemingsproses. Dit sluit in (1) die swangerskap intensie; (2) aanpassing by ouerskap; (3) aanvaarbaarheid van aborsie as 'n moontlike opsie; (4) die invloed van ander rolspelers en (5) die beskikbaarheid van die diens. Volgens hierdie model, lei die vyf aspekte na die finale besluit om te aborteer of om die swangerskap te voltooi.

#### **4.4 Konsultering**

Finken en Jacobs (1996) het gefokus op die laat adolessent se keuse konsultering tydens die besluitnemingsproses. Farber, Furby, en Beyth-Marom in Finken en Jacobs (1996) is van mening dat die bronne van konsultering 'n belangrike rol speel in die besluitnemingsproses omdat dit die adolessent se opinie omtrent aborsie beïnvloed en dit verskillende opsies aan die adolessent openbaar. Die adolessent kan ook die gevolge hiervan opweeg. Wye konsultering het die voordeel dat dit ook die ondersteuningsnetwerk van die adolessent vergroot. Die

skrywers beklemtoon dus die belangrikheid van ingeligte besluitneming en sien dit as deel van 'n hoë kwaliteit besluitnemingsproses.

Hierdie aspek van die besluitnemingsproses is veral belangrik vir die regsaspek van aborsie by minderjariges, waar die regslui in baie lande nie die kapasiteit van die adolessent om ingeligte besluite te neem, erken nie. Tans is aborsie aan adolessente en enige ander vrou in SA beskikbaar op aanvraag. Ashton (in Finken & Jacobs, 1996) het bevind dat swanger moeders verkies om hul vriendinne, moeders, beraders en dokters te raadpleeg om inligting en hulp. 'n Studie wat later deur Limber gedoen is (in Finken & Jacobs, 1996) het getoon dat vroue hul kêrel/eggenoot, vriendinne en moeders se hulp vra. Rosen (in Finken & Jacobs, 1996) het bevind dat moeders die invloedrykste bron van inligting is, veral in die geval van vroeë adolessensie.

#### **4.5 Volwassenheid**

Huidig bestaan daar nie 'n vasgestelde ouderdom waarop 'n adolessent as "ryp" genoeg beskou kan word om die aborsie- besluit te neem nie. Hierdie stand van sake mag dalk toegeskryf word aan die feit dat daar onduidelikheid bestaan rondom die definisie van "rypheid".

Volgens Pliner en Yates (1992) beïnvloed die volwassenheid van die adolessent die besluitnemingsproses en mag dit dalk implikasies inhou ten opsigte van die

sielkundige gevolge. Adler et al. (in Beckman & Harvey, 1998) postuleer dat adolessente wat 'n aborsie oorweeg, meer volwasse is as ander in hul portuurgroep. Die afleiding word ook gemaak dat die eersgenoemde groep meer toekomsgerig is en ouerskap op daardie ouderdom vir hulle onaanvaarbaar is. Outonomie word ook gesien as deel van volwassenheid en word Pliner en Yates (1992) se navorsingsresultate as bewyse hiervan gebruik. Hierdie afleiding word gemaak omdat dit veronderstel word dat volwasse adolessente 'n groter behoefte aan privaatheid het en dus nie hul ouers in kennis sal stel nie (Melton & Russo, 1987).

Gilligan (1982) sien die volwassenheid van vroue as fundamenteel verskillend van dié van mans. Sy is van mening dat vroulike volwassenheid gedefinieer word deur intieme verhoudings en die ontwikkeling en instandhouding daarvan. Vroulike identiteit behels dus mense-verhoudings en die vermoë om te kan omgee. Manlike volwassenheid word gesien as die vermoë om mag te bekom en onafhanklik te wees.

Omdat die bekendste ontwikkelingsteorieë die ontwikkeling van outonomie beklemtoon, word vroue in baie gevalle as onvolwasse bestempel. Blum, Resnick, en Stark en Clary, Torres, Forrest, en Eisman (in Melton, 1990) het bevind dat onvolwasse adolessente emosioneel meer afhanklik van hul ouers sal wees en dus hul advies sal benodig. In die staat Massachusetts, in die VSA, het Mnookin (in

Melton & Russo, 1987) deur 'n opname vasgestel dat 90% van die adolessente wat nie hul ouers by hul besluit wou betrek nie, in 'n hof, en as volwasse genoeg gevind is om 'n besluit te maak.

Volgens Pliner en Yates (in Melton, 1990) word die adolessent vir omtrent vyftien minute gesien deur die regter, en is dit 'n aanduiding dat die verhore slegs 'n rubberstempel is. Die bevoegdheid van die regter om volwassenheid te meet, en om dit tydens 'n vyftien-minute konsultasie te doen, word bevraagteken. Die "Interdivisional Committee on Adolescent Abortion" (1987) wys ook daarop dat daar geen navorsing gedoen is om vas te stel of volwassenheid volgens betroubare en geldige prosesse gemeet kan word nie. Dragastins (in Lewis, 1987) het kritiek gelewer oor studies wat adolessente se kognitiewe ontwikkeling ondersoek. Dragastins het die volgende stelling gemaak:

The main difference in cognitive maturity in adolescents and adults may relate to levels of social participation: the picture one has for himself of what he is authorized to do and empowered to do and responsible for doing in particular situations. (p. 8)



## 5. NAVORSINGSBEVINDINGE

Foster en Sprinthall (1992) het 'n studie gedoen om verskille in die aborsiebesluitnemingsprosesse by verskillende ouderdomsgroepe vas te stel. Deelnemers het bestaan uit ongetroude swanger vroue gedurende die eerste trimester, in die ouderdomsgroepe: 12-14, 17-19, 23-25. Asseseringsinstrumente het ingesluit die "Washington University Sentence Completion Test", die "Rest Defining Issues Test" en 'n onderhoud wat gefokus het op morele oordeel, om sodoende duidelikheid te kry aangaande die redes vir die aborsie. Die vroeë adolessente het 'n laer ego ontwikkelingsvlak en ook 'n laer vlak van morele beoordeling as die ander groep getoon. Die navorsers verduidelik hierdie verskynsel aan die hand van die ontwikkelingsvlak soos deur Piaget voorgestel – die vlak van konkrete denke. Die middel en ouer groep adolessente het beide 'n relatief lae vlak van morele redenering geopenbaar. Die navorsers hou ook voor die bevinding van Rest (in Foster & Sprinthall, 1992) dat die identifisering van 'n etiese probleem, die eerste stap in die besluitnemingsproses is.

Die afleiding kan dus gemaak word dat daar 'n klein verskil bestaan tussen die vroeë adolessente en die res van die groep. 'n Verdere afleiding kan gemaak word dat selfs deelnemers wat deur die samelewing as "volwasse" bestempel word,

probleme mag ondervind met die besluitnemingsproses aangaande aborsie, en het Tomlinson-Keasy (in Foster & Sprinthall, 1992) bevind dat "less than 20% of middle-aged adults had reached full formal operations" (p. 668). Volgens Kohlberg en Gilligan (in Foster & Sprinthall, 1992) is daar geen duidelike verskille tussen volwassenes en adolessente in terme van formele operasies nie. Foster en Sprinthall (1992) maak gebruik van bogenoemde bevindinge ter verduideliking van hul uitgangspunt dat ontwikkelingsfases nie beklemtoon moet word as die kriteria vir "volwassenheid" nie. In die lig van bogenoemde resultate kan afgelei word dat die meeste vroue wat aborteer wel negatiewe gevolge gaan ervaar.

In 'n studie wat vroeër deur Gilligan, Kohlberg, Lerner, en Belenky (in Foster & Sprinthall, 1992) gedoen is met gebruikmaking van hipotetiese situasies, is bevind dat adolessente en volwassenes se redeneringsvermoë nie op dieselfde ontwikkelingsvlak is as hul ander kognitiewe kapasiteite is nie. Hierdie navorsers het ook bevind dat vroue wie se besluitnemingsvaardighede op 'n lae ontwikkelingsvlak is, noodwendig negatiewe ervarings na 'n aborsie het. Bogenoemde bevindinge dui dus op die feit dat ouderdom 'n onvoldoende maatstaf is om die hantering van aborsie te voorspel. Daar bestaan ook bewyse dat baie vroue in 'n mindere mate negatiewe sielkundige effekte ervaar wat dalk 'n aanduiding is dat hul redeneringsvermoë 'n hoër vlak van ontwikkeling bereik het. In die VSA het hooggeregshofe in die meerderheid state van die standpunt uitgegaan dat adolessente oor die algemeen nie oor die kapasiteit beskik om goed

ingeligte en deurdagte besluite aangaande aborsie te neem nie. Ook in Suid-Afrika bestaan daar groepe wat hierdie punt steun. In teenstelling met die bogenoemde standpunt, is die "Interdivisional Committee on Adolescent Abortion" (1987) van mening dat adolessente oor dieselfde redeneringsvaardighede as volwassenes beskik om besluite omtrent aborsie te neem. Hierdie gevolgtrekking word onderskryf deur die studie van Weithorn en Campbell (1982). Hierdie komitee het ook verder bevind dat ontwikkelingsverskille tussen adolessente en volwassenes grootliks toegeskryf kan word aan sosiale faktore en nie volwassenheid nie. Ouers van adolessente en kêrels is in die meeste gevalle betrokke by die besluitneming en mag dit die rede wees dat adolessente nie in beheer van die proses voel nie (in Varga, 2001).

Volgens Brackel en Kasl (in Melton, 1990) is adolessente geneig om die aborsie uit te stel. Hierdie verskynsel mag dalk toegeskryf word aan sosiale faktore soos: vrees vir die familie se reaksie, ervaringstekort in terme van die prosedure wat gevolg moet word om professionele hulp te kry, gebrek aan finansies om vir die dienste te betaal, en besorgheid oor die konfidensialiteit van so 'n besoek. Melton (1990) is van mening dat "when negative reactions occur, they are almost always mild and transitory. Indeed the most common reaction to abortion among minors and adults is one of relief" (p. 74).

Franz en Reardon (1992) het 'n studie gedoen om adolessente en volwassenes se reaksie op aborsie te vergelyk. Die navorsing is gedoen met die hulp van organisasies wat ondersteuning bied aan vroue wat negatiewe reaksies op aborsie gehad het. Hierdie studie het getoon dat adolessente presenteer met meer sielkundige probleme as volwassenes. Die adolessente het ontevredenheid uitgespreek oor die diens wat hul ontvang het tydens die aborsie, hulle het oningelig gevoel nadat hul wel berading ontvang het en het onder druk gevoel om die aborsie te hê. Volgens Franz en Reardon (1992) is hierdie resultate in lyn met Piaget se bevinding dat adolessente se redeneringsvermoë onvoldoende is omdat dit egosentries van aard is. Hulle maak ook dan die afleiding dat adolessente meer vatbaar is vir sielkundige probleme na 'n aborsie. Hulle is van mening dat adolessente se konkrete operasionele vlak van ontwikkeling hulle neig tot korttermyn benaderings tot probleme en dat die adolessent nie in die geval van abstrakte en hipotetiese situasies, die oorsaak- en -gevolg aspek van redenering kan hanteer nie. Hierdie navorsers gebruik ook die studie deur Hatcher (in Franz & Reardon, 1992) wat bevind het dat adolessente se redeneringsvermoë nie voldoende is om 'n goeie besluitnemingproses te volg nie.

Beide bogenoemde studies het bevind dat adolessente nie by magte is om verantwoordelikheid te aanvaar vir die besluitnemingsproses nie. Volgens Elkind (in Franz & Reardon, 1992) glo adolessente dat hulle beskerm word teen negatiewe ervarings, selfs wanneer hulle oor moontlike gevolge ingelig word. Die

studie deur Franz en Reardon (1992) het bevind dat adolessente meer idealisties is omtrent die ouerlike pligte en dat hulle baie negatiewe opvattinge omtrent aborsie het. Dit is belangrik dat kennis geneem word van die feit dat hierdie studie gedoen is op 'n groep adolessente en jong vroue wat reeds negatiewe reaksies op die aborsie getoon het, en dus die res wat dalk meer positiewe reaksies gehad het, uitsluit. Die feit dat die adolessente 'n negatiewe opvatting omtrent aborsie het, het verdere negatiewe implikasies voorspel vir hierdie adolessente.

Volgens 'n studie deur Varga (2001) in Kwazulu-Natal onder Zulu adolessente, is bevind dat adolessente, ten spyte van hul negatiewe houding teenoor aborsie steeds voortgaan om te aborteer omdat dit die mees realistiese manier sou wees om die swangerskap te hanteer. Aborsie is veral as 'n aanvaarbare opsie beskou in die gevalle waar vaderskap ontken word, armoede, afwesigheid van gesinsondersteuning of in gevalle waar die adolessent nie oor die kapasiteit beskik om ouerlike pligte na te kom nie. Hierdie negatiewe opvatting omtrent aborsie kan verduidelik word aan die hand van die ouer-kind verhouding, waar die ouer se sieninge omtrent sulke onderwerpe steeds 'n groot rol speel by die adolessent. Varga se bevinding dat 'n groot gedeelte van adolessente aborsie as onaanvaarbaar beskou, is in die meeste gevalle gebaseer op religieuse, kulturele of morele redes.

Studies het bevind dat adolessente oor die algemeen nie negatiewe reaksies op aborsie het nie, en in baie gevalle positiewe reaksies toon (Zabin, Hirsch, & Emmerson, 1989). Studies het ook bevind dat 'n gedeelte van die proefgroep soms probleme ondervind. Die verskille in besluitnemingsprosesse is ook deur Bracken, Hachamovitch en Grossman (1974) ondersoek. Volgens hierdie navorsers kan die probleem in die besluitnemingsproses verdeel word in twee klasse, naamlik die intrapsigiese probleme en ekstrapsigiese probleme.

Die adolessente wat intrapsigiese probleme gedurende die besluitnemingsproses ondervind, presenteer met swak realiteitstoetsing, die onvermoë om toekomsgerig te wees, gebrek ten opsigte van die uitvoerende ego-funksionering, ontkenning en ang. Ekstrapsigiese probleme sluit in onbekendheid met swangerskap, druk van ouers en vriende gedurende die besluitnemingsproses en 'n gebrek aan ervaring ten op sigte van besluitneming.

Bracken et al. (1974) het bevind dat adolessente negatiewe korttermyn reaksies ervaar as gevolg van 'n verlies aan verwagtinge en nie die verlies aan 'n objek nie. Volgens hul bevindinge het 10% van die adolessente patologiese rou ervaar. Hierdie ervarings word deur die navorsers toegeskryf aan die onvermoë van adolessente om besluite ten opsigte van gesondheid te neem. Bracken et al. (1974) het tot die gevolgtrekking gekom dat adolessente se probleme met aborsie verskil van die probleme wat deur volwasse vroue ondervind word. Die studie

wat deur Varga (2001) gedoen is het getoon dat adolessente in baie gevalle nie bewus is van hul regte en die dienste wat tot hulle beskikking is nie. In sommige gevalle word adolessente baie sleg deur kliniek personeel behandel. Adolessente is ook in die meeste gevalle ongetroud en van hul ouers afhanklik vir finansiële ondersteuning. Daar is ook gevind dat adolessente in baie gevalle die swangerskap ontken of ignoreer en die aborsie uitstel tot 'n baie laat stadium in die swangerskap.

Die feit dat 10% van die proefgroep negatiewe ervarings ondervind het, is 'n aanduiding dat die meerderheid van die adolessente wel nie negatiewe sielkundige gevolge ervaar het nie. By implikasie beteken dit dat die ander 90% wel die vermoë gehad het om goeie besluitnemingsprosesse te volg, en dat die volwassenheid van swanger vroue nie aan ouderdom verbind kan word nie.

'n Psigoanalitiese model is deur Hatcher (in Franz & Reardon, 1992) gebruik om die onvolwassenheid van adolessente op drie verskillende ontwikkelingsstadia te meet. Die drie groepe is soos volg verdeel: 12-15, 15-18 en 18-21. Hatcher het bevind dat die besluitnemingsproses verskil het na gelang van die ontwikkelingsfase. Die jongste groep het nie begrip vir die aard van die besluit getoon nie. Middel adolessente het 'n beperkte begrip vir die omvang van hul besluit getoon. Laat adolessente het verantwoordelikheid vir hul keuses geneem en het die besluitnemingsproses baie moeilik gevind. Hierdie studie het tot die

slotsom gelei dat jong adolessente nie oor die kapasiteit beskik om 'n goeie besluitnemingsproses te volg nie. Hierdie bevinding impliseer dus dat jonger adolessente meer ondersteuning in die vorm van terapeutiese intervensie voor die aborsie en ook na die swangerskap geaborteer is, sal benodig. Tydens hierdie intervensies sou dit belangrik wees vir die adolessent om onvoorwaardelike aanvaarding en respek te ervaar, en om inligting beskikbaar te hê en probleemoplossingsvaardighede te ontwikkel.

Duidelike verskille in die redeneringsvermoë van adolessente en volwassenes is ook deur Franz en Reardon (1992) gevind. Volgens hulle, staan adolessente 'n groter kans om negatiewe sielkundige gevolge te ervaar as volwassenes. Dit word toegeskryf aan sommige adolessente se gebrek aan redeneringsvermoë wat steeds op die konkrete operasionele vlak funksioneer.

Hipotetiese situasies is deur Weithorn en Campbell (1982) gebruik om 14-jariges se kapasiteit te toets om ingeligte besluite te maak. In die studie is deelnemers met ouderdomme 9, 14, 18, en 21 jaar gebruik en hipotetiese dilemmas het diabetes, epilepsie, depressie en enurese ingesluit. Hierdie studie het Piaget se teorie omtrent die ontwikkeling van adolessente ondersteun, deurdat 14-jarige deelnemers se vermoë om goeie besluitnemingsprosedure te volg, nie verskil het van die van volwassenes nie. Omdat die formele operasionele fase by ouderdom elf begin, en dit by omtrent 14 jaar 'n plato bereik, het die navorsers afgelei dat



daar geen beduidende verskille tussen nie redeneringsvermoë van 11 tot 14-jariges en volwassenes is nie. Die besluitnemingsproses het (1) die bewyse van 'n keuse; (2) inagneming van uitkoms en (3) rasionele redes ingesluit. Uit hierdie groep het die 9-jariges egter nie so goed met volwassenes vergelyk nie. Daar is bevind dat hierdie groep nie 'n goeie begrip van die situasie het nie en dat daar nie 'n duidelike rasionele besluitnemingsproses na vore kom nie.

Dit kom dus voor of die afleiding gemaak kan word dat kinders vanaf die ouderdom van elfjaar oor die kapasiteit beskik om 'n goeie besluitnemingsproses te volg. Dit beteken dat volwassenheid wel met ouderdom verband hou, terwyl dit uit baie ander studies blyk of die ooreenkoms dalk nie so eenvoudig is nie. Hierdie studie bewys wel dat adolessente die vermoë het om goeie besluitnemingprosedures te volg, en dat die grense volgens ouderdom bepaal word.

In 'n studie wat deur Felton, Parsons, en Hassel (1998) gedoen is, is bevind dat probleemoplossingsvaardighede 'n invloed het op die persoon se persepsie, prosessering en integrasie van informasie. Die navorsers postuleer dat effektiewe probleemoplossing 'n belangrike rol speel in sielkundige en fisiese gesondheid.

Zabin, Hirsch, en Emerson (1989) het 'n groep van 360 studente wat bestaan het uit 'n groep wat geaborteer het en twee ander groepe wat onderskeidelik negatief

getoets het op die swangerskaptoets en wat die swangerskap deurgegaan het, oor 'n tydperk van twee jaar gemonitor. Metingsinstrumente het die "Rosenberg Self-Esteem Scale", die "Rotter Locus of Control Scale" en die "Spielberger State-Trait Anxiety Index" ingesluit. Hulle het gevind dat die angsvlakke van adolessente wat aborsies ondergaan het, geen beduidende verskille getoon het teenoor die groep wat negatief getoets het, en wat wel die baba gehad het nie. Navorsers het gevind dat angsvlakke een en twee jaar na die aborsie voldoen aan die norm-vlakke vir hoërskool dogters. Adolessente wat geaborteer het, se selfvertroue en lokus van kontrole was effens hoër as dié van die ander groepe. Alle groepe het minimale verbetering in selfvertroue getoon, terwyl die aborsiegroep en die groep wat negatief getoets het beduidende toenames in lokus van kontrole getoon het. Talle navorsers het selfvertroue en lokus van kontrole geïdentifiseer as belangrike komponente vir goeie besluitnemingsvaardighede. Die bevinding dat adolessente wel goed funksionierend was na die aborsie, en ook oor die bogenoemde sterktes beskik het, mag dalk 'n aanduiding wees dat 'n goeie besluitnemingsproses gevolg is.

Ortiz en Nuttall (1987) het 'n studie gedoen om die invloed van gesinsverhoudinge en ondersteuning, godsdiens en opvoeding op die besluit om te aborteer, te toets. Die proefgroep het bestaan uit 43 adolessente, waarvan 21 die swangerskap deurgevoer het en 22 'n aborsie ondergaan het. Gestruktureerde onderhoude is met elkeen van die deelnemers gevoer. Daar is bevind dat adolessente wat die

swangerskap deurgevoer het, sterk geleun het op die menings van gesin en vriende, terwyl dit nie die geval was by die ander groep nie. By albei groepe het die vader die minste invloed gehad op die besluitnemingproses, terwyl moeders 'n groot aandeel gehad het in die besluitnemingsproses wat gelei het tot die deurvoering van die swangerskap. Adollesente wat wel geaborteer het, het baie meer vertrou getoon in die advies van hul susters. Ortiz en Nuttall (1987) het bevind dat adollesente groter tevredenheid met hul besluit toon indien hulle die ondersteuning van die gesin en vriende gehad het. Hulle het ook gevind dat die aborsie-groep se skoolastiese vordering beter was as die van die ander groep. Navorsing het getoon dat die aborsie-groep sterker godsdienstige betrokkenheid as die ander groep gehad het.

Eisen en Zellman (1983) het 297 vroue tussen die ouderdomme van 13 jaar en 19 jaar betrek by hul studie. Hierdie groep was ses (6) maande na die aborsie of geboorteskenking in 'n onderhoud getoets om vas te stel watter faktore bydra tot 'n goeie besluitnemingproses. Gestandaardiseerde vrae is in twee onderhoude gebruik en 'n sewe-punt skaal is gebruik om adollesente se opinies omtrent stellings, deur die navorsers verskaf, te monitor. Navorsing het getoon dat adollesente wat 'n aborsie ondergaan het, positief daarop reageer indien hul houding teenoor aborsie aanvanklik positief was. Eisen en Zellman (1983) is ook van mening dat adollesente meer positief reageer indien hul optrede ooreenstem

met hul waardesisteem. Enkel moeders het positiewe reaksies getoon, indien hul eie moeders die besluit ondersteun het.

Lewis (1981) het in haar studie bevind dat adolessente vanaf graad 7 tot graad 12 groot verbetering in terme van besluitneming toon. Die besluitnemingsproses het toenemend begin fokus op moontlike risiko's en toekomstige gevolge van die besluit wat geneem word. Hulle het ook meer die belangrikheid van konsultering begin insien en meer krities na professionele advies begin luister. Sy het ook gevind dat adolessente nie noodwendig meer op die advies van die portuurgroep steun as dié van die moeder nie. Bracken et al. (1974) het weer bevind dat jonger adolessente wel meer steun op die moeder as ouer adolessente.

Dit is duidelik dat studies wat reeds gedoen is, uiteenlopende uitkomst toon. Met in agneming van die wisselvalligheid in die bevindinge, kan die afleiding gemaak word dat ouderdom nie as die enigste maatstaf vir 'n goeie besluitnemingsproses geld nie. 'n Kombinasie van selfvertroue, probleemoplossingsvaardighede en ondersteuning is belangrike faktore wat bydra tot 'n goeie besluitnemingsproses en dit kan nie geheg word aan statiese ouderdomsgrense nie.

## **6. AFSLUITING**

Hierdie werkstuk het gefokus op die belangrikheid van adolessente se probleemoplossingsvaardighede in die proses van aborsie. Dit is veral belangrik ten opsigte van minderjariges wat snelle ontwikkelingsveranderinge ondergaan. Navorsers het bewys dat daar 'n sterk band is tussen die besluitnemingsproses en die reaksie op aborsie (Adler, 1992; Beckman & Harvey, 1998; Turell et al., 1990).

Die literatuur toon dat adolessensie ten minste verdeel kan word in vroeë en laat adolessensie, en dat die ontwikkelingsvlakke van hierdie twee (2) groepe verskil. Navorsingsbevindinge toon dat die adolessent ten minste die formele operasievlak van ontwikkeling moet bereik het alvorens goeie besluitnemingsprosesse gevolg kan word. Hierdie aanname word egter gekompliseer omdat alle adolessente nie hierdie vlak van ontwikkeling op dieselfde ouderdom bereik nie, as gevolg van individuele kapasiteit en sosiale faktore (in Kaplan & Saddock, 1997). Dit sou dus beteken dat 'n adolessent selfs op die ouderdom van 14 jaar ook oor die kapasiteit mag beskik om ingeligte besluite te neem. So ook sou 'n 18-jarige persoon dalk nie gereed wees om hierdie besluit as onafhanklike te neem nie. Dit impliseer dus dat ouderdom dalk nie gebruik kan word as maatstaf vir die formele operasionele vlak van ontwikkeling nie. Indien die studie van Franz en Reardon

(1992) met die studie van Weithorn en Campbell (1982) vergelyk word, word dit duidelik dat adolessente van dieselfde ouderdomme deur Franz en Reardon bestempel word as onbevoeg, terwyl Weithorn en Campbell dieselfde ouderdomsgroep as bevoeg bestempel.

Gilligan (1982) lewer kritiek op die gebruik van bestaande ontwikkelingsteorië omdat studies, volgens haar, slegs manlike deelnemers ingesluit het. Sy verduidelik in detail hoe die vrou se ontwikkeling gebaseer is op 'n hegingsproses wat gedurig aanwas, terwyl die manlike persoon hoofsaaklik ontwikkeling toon rondom outomiteit, prestasie en mag. Indien ontwikkelingsteorië deur Erikson en Kohlberg verwerp sou word omdat slegs mans in hul studies gebruik is, sou dit verreikende veranderinge bring in die definisie van volwassenheid, sover dit vroue betref. Die geldigheid van bestaande studies sou ook bevraagteken word. 'n Voorbeeld wat hieraan verbind kan word, is die studies wat bevind dat vroue oor die algemeen nie hoë kwaliteit besluitnemingsprosesse kan volg nie, omdat hulle nog nie die formele operasievlak van ontwikkeling bereik het nie.

Daar bestaan ook tans teenstrydigheid in die literatuur ten op sigte van konsultering. Sommige navorsers sien konsultering as deel van goeie probleemoplossingsvaardighede, terwyl ander dit sien as negatief omdat dit dui op afhanklikheidstrekke. Bogenoemde argument mag dalk een van die redes wees waarom navorsingsuitkomste uiteenlopend is.

Wisselvalligheid in navorsingsbevindinge toon dat die sielkundige gevolge van aborsie nie absoluut of universeel is nie. Daar is geen vasgestelde reël in die voorkoms van meer negatiewe of meer positiewe reaksies op aborsie nie. Dit wil tog voorkom of die besluitnemingsproses 'n mate van beheer oor die uitkoms gee. 'n Goeie besluitnemingsproses sou dus die toekomstige invloed op die self en ander in ag neem; dit sou insluit konsultering met professionele persone om eksakte inligting te bekom en ook om objektiewe opinies te verkry. Hierdie besluit sal ook dalk minder moeilik wees indien die adolessent die ondersteuning van haar gesin en vriende het. Konsultering met professionele persone sou hanteringspatrone kon identifiseer en sodoende moontlike tekortkominge aanspreek. Die kliënt sal ook die geleentheid kry om haar houding teenoor aborsie te ondersoek. Ander belangrike faktore sluit in selfvertroue, lokus van kontrole, selfpersepsie, die intensie van die swangerskap en die duur van die swangerskap.

Die skrywer is van mening dat daar waarde is in die hipotese dat besluitneming 'n belangrike rol speel met betrekking tot die gevolge van aborsie en dat individuele kapasiteit en sosiale konteks belangrike faktore is. Dit kom voor of dit riskant is om ouderdom aan die besluitnemingsproses te koppel. Om onsekerhede rondom die kapasiteit van adolessente uit te skakel, sou dit in die belang van ons land en die jeug wees indien behoorlike funksionerende sisteme in plek gestel word om

adolessente tydens die besluitnemingsproses te ondersteun om sodoende 'n ingeligte besluit te verseker.

Dit is duidelik dat klinieke nie die pasiëntetal kan hanteer nie, en sou dit dus onrealisties wees om te glo dat kliniekpersoneel ook aan adolessente 'n goeie diens sal kan lewer. Daar kleef tans 'n stigma aan provinsiale klinieke en verkies dogters om nie klinieke te besoek nie. Hierdie stigma sal slegs deur opvoeding verwyder kan word, maar dit is noodsaaklik dat sisteme in plek gestel word om oor die korttermyn adolessente se seksuele gedrag aan te spreek.

Dit is my mening dat die skoolklinieke betrek moet word by die seksvoorligting van die jeug in skole. Skoolklinieke sou vroulike jeugdiges die verleentheid spaar om provinsiale klinieke te besoek en sou ook verhoed dat swangerskappe te v&euml;r vorder. Daar bestaan tans 'n sielkundige diens wat hoofsaaklik op akademiese vordering fokus. Een sielkundige word aangestel om skole in 'n spesifieke gebied te bedien.

Indien die diens ook uitgebrei kon word na seksvoorligting vir beide seuns en dogters, sou inligting omtrent verantwoordelike seksuele gedrag 'n groot aantal adolessente bereik. Dit is belangrik dat die diens jeug-vriendelik is, en dat die interaksie daarop gemik word om in samewerking met adolessente die probleem aan te spreek. Die insluiting van adolessente in die opstel van programme is dus



van uiterste belang. Hierdie diens behoort ook voorsiening te maak vir gereelde besoeke (minstens twee keer per kwartaal) deur 'n ginekoloog, wat verkieslik 'n vrou moet wees. Indien enige swangerskappe ontdek sou word, behoort dit konfidentsieel gehou te word, indien die dogter dit so verkies. Dit beteken dus dat geen personeellid of ouer in kennis gestel sal word nie.

Die vroeë identifisering van swangerskappe sal ontkenning van swangerskappe elimineer en ook tot gevolg hê dat die besluitnemingsproses op 'n vroeër stadium en ook op 'n geskikte wyse begin word. Opgeleide voorligters, wat sensitief sal wees vir die adolessent se situasie, behoort onmiddellik beskikbaar te wees om die besluitnemingsproses saam met die adolessent te begin. Indien die adolessent die swangerskap wil aborteer behoort dieselfde voorligter die hele proses met die adolessent mee te maak. Die voorligter behoort ook opvolgbesoeke te reël om volgehoue ondersteuning te bied.

Die voorgestelde sisteem sal finansiële implikasies hê, omdat meer poste geskep sal moet word. Dit is egter belangrik om op voorkoming te fokus en sodoende langtermynbesparing te bewerkstellig. Die projek sal ook werk skep en mag dalk die verspreiding van VIGS en die voorkoms van ongewenste tienerswangerskappe teenwerk.

## **VERWYSINGSLYS**

Adler, N. E. (1992). Unwanted pregnancy and abortion: Definitional and research issues. *Journal of Social Issues*, 48(3), 19-35.

Adler, N. E., Smith, L. B., & Tschann, J. M. (1998). In L. J. Beckman, & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war* (pp. 285-298). Washington DC: American Psychological Association.

Allgeier, E. R., & Allgeier, A. R. (2000). *Sexual interactions* (5<sup>th</sup> ed.). New York: Houghton Mifflin Company.

Bringing sex talk to the supper table. (2001, August). *Barometer*, pp. 32-33.

Beckman, L. J., & Harvey, S. M. (Eds.). (1998). *The new civil war*. Washington DC: American Psychological Association.

Bekskinka, M., Stadler, J., & Conco, N. (2001). Contraceptive prevalence and condom use in adolescence. In T. Braam (Ed.), *Barometer*, p. 25-26.

Boyle, M. (1997). *Re-thinking abortion*. London: Clays Ltd.

Bracken, M. B., Hachamovitch, M., & Grossman, G. (1974). The decision to abort and psychological sequelae. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 158(2), 154-162.

Burnell, G. M., & Norfleet, M. A. (1987). Women's self-reported responses to abortion. *The Journal of Psychology*, 121(1), 71-76.

Burns, V. E. (1999). Factors influencing teenage mother's participation in unprotected sex. *JOGNN*, 28, 493-500.

Campbell, N. B., Franco, K., & Jurs, S. (1988). Abortion in adolescence. *Adolescence*, XXIII(92), 813-822.

Char, W. F., & McDermott, J. F. (1972). Abortions and acute identity crisis in nurses. *American Journal of Psychiatry*, 128(8), 952-957.

Choice on Termination of Pregnancy Act No. 92 of 1996. (1996, November 22). *Government Gazette*, 377 (17602).

Combrink, H. (2001). Constitutionality of choice is the ultimate criterion. *Barometer*, p. 29.

Communicating for action – a contextual evaluation of youth responses to HIV/AIDS. (2001, August). *Barometer*, p. 24.

Cozzarelli, C., Sumer, N., & Major, B. (1998). Mental models of attachment and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 453-467.

David, H. P. (1992). Born unwanted: Long-term developmental effects of denied abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 163-181.

Directory of facilities designated in terms of the choice on termination of pregnancy act, 1996. (2001, Augustus). *Barometer*, pp. 38-39.

Dube, J. (1998). After the abortion. *Washington Monthly*, 30(3), 24.

Dugger, K. (1998). Black women and the question of abortion. In L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war* (pp. 107-132). Washington DC: American Psychological Association.

Eisen, M., & Zellman, G.L. (1983). Factors predicting pregnancy resolution decision satisfaction of unmarried adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 145(2), 231-239.

Felton, G. M., Parsons, M. A., & Hassell, J. S. (1998). Health behaviour and related factors in adolescents with a history of abortion and never-pregnant adolescents. *Health Care for Women International*, 19(1), 37-47.

Ferron, O. (1992). *Guidance & counselling for tertiary students*. Durban: Butterworths.

Figá-Talamanca, I. (1981). Abortion and mental health. In J. E. Hodgson (Ed.), *Abortion and sterilization* (pp. 181-208). London: Academic Press Inc.

Finken, L. L., & Jacobs, J. E. (1996). Consultant choice across decision contexts: Are abortion decisions different? *Journal of Adolescent Research*, 11(2), 235-260.

Foster, V., & Sprinthall, N. A. (1992). Developmental profiles of adolescent and young adults choosing abortion: Stage sequence, décalage, and implications for policy. *Adolescence*, 27(107), 655-673.

Franz, W., & Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence*, 27(105), 161-173.

Furstenberg, F. F., Brooks-Gunn, J., & Chase-Landsdale, L. (1989). Teenaged pregnancy and childbearing. *American Psychologist*, 44(2), 313-320.

Geldenhuys, F. G. (1976). Medical aspects of abortion. In G. C. Oosthuizen, G. Abbot, & M. Notelovitz (Eds.), *The great debate: Abortion in the South African context* (pp. 11-28). Cape Town: Human Sciences Research Council.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.

Gmeiner, A. C., Van Wyk, S., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2000). Support for nurses directly involved with women who chose to terminate a pregnancy. *Curationis*, March 2000, 70-78.

Gruber, E., & Chambers, C. V. (1987). Cognitive development and adolescent contraception: Integrating theory and practice. *Adolescence*, XXII (87), 661-670.

Gruber, E. (1990). Legislation parental involvement in adolescent abortion: Re-examining the arguments of Worthington and his colleagues. *American Psychologist*, (45)10, 1174-1176.

Havenga-Serfontein, A. (2002). *A selected group of nurses' experience of termination of pregnancy support services at a health care facility in the Western Cape*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Stellenbosch.

Interdivisional Committee on Adolescent Abortion. (1987). Adolescent abortion, psychological and legal issues. *American Psychologist*, 42(1), 73-78.

International research on minor consent issues. (2001, Augustus). *Barometer*, p. 26.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1997). *Synopsis of psychiatry* (8<sup>th</sup> ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Lewis, C. C. (1979). A comparison of minor's and adult's pregnancy decisions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(3), 446-453.

Lewis, C. C. (1981). How adolescent approach decisions: Changes over grades seven to twelve and policy implications. *Child Development*, 52(2), 538-544.

Lewis, C. C. (1987). Minor's competence to consent to abortion. *American Psychologist*, 42(1), 84-88.

Loevinger, J., & Knoll, E. (1983). Personality: Stages, traits, and the self. *Annual Reviews of Psychology*, 34, 195-222.

Major, B., & Cozzarelli, C. (1992). Psychosocial predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 121-142.

Major, B., Zubek, J. M., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Richards, C. (1997). Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1349-1363.

Malan, M. (2002, Januarie / Februarie). Spesiale veslag: Die aborsie-engele. *Insig*, 32-35.

Marecek, J. (1987). Counseling adolescents with problem pregnancies. *American Psychologist*, 42(1), 89-93.

Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1992). *Human sexuality*. New York: HarperCollins Publishers.

Melton, G. B., & Russo, N. F. (1987). Adolescent abortion, psychological perspectives on public policy. *American Psychologist*, 42(1), 69-72.

Melton, G. B. (1990). Knowing what we do know: APA and adolescent abortion. *American Psychologist*, 45(10), 1171-1172.

Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 67-93.

No means to a choice. (2001, August). *Barometer*, p. 36.

National statistics: termination of pregnancy. (2001, August). *Barometer*, p. 4-7.

Nurmi, J., Poole, M. E., & Kalakoski, V. (1996). Age differences in adolescent identity exploration and commitment in urban and rural environments. *Journal of Adolescence*, 19(5), 443-452.

Nursing Act (Act no. 10 of 1997), soos gewysig. Pretoria: Government Printers

Ortiz, C. G., & Nuttall, E. V. (1987). Adolescent pregnancy: Effects of family support, education, and religion on the decision to carry or terminate among Puerto Rican teenagers. *Adolescence*, 22(88), 897-917.

Pienaar, A. (2002, Julie 6.). Vroue wat vlug van fetusse. *Die Burger*, p. 13.

Pliner, A. J., & Yates, S. (1992). Psychological and legal issues in minor's rights to abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 203-216.

Pojman, L. P., & Beckwith, F. (2<sup>nd</sup> ed.). (1998). *The abortion controversy*. Pretoria: Thomson Publishing Company.

Potts, M., Diggory, P., & Peel, J. (1977). *Abortion*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ragab, M. I. (1981). Islam and the unwanted pregnancy. In J. E. Hodgson (Ed.), *Abortion and sterilization* (pp. 507-518). London: Academic Press Inc.

Reproductive Rights Alliance, (2001). *Barometer, August*, 8-21.

Rivera, M. J. (1998). Abortion issues in psychotherapy. In L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war* (pp.329-352). Washington DC: American Psychological Association.

Russo, N. F., & Denious, J. E. (1998). Why is abortion such a controversial issue in the United States? In L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war* (pp. 211-268). American Psychological Association.

Sliber, T. (1980). Abortion in adolescence: The ethical dimension. *Adolescence*, 15(58), 163-175.

Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95-119.

Sykes, J. B. (Ed). (1982). *The concise Oxford dictionary* (7<sup>th</sup> ed.). New York: Oxford University Press.

Turell, S. C., Armsworth, M. W., & Gaa, J. P. (1990). Emotional response to abortion: A critical review of the literature. *Women and Therapy Journal*, 9(4), 49-68.

Van Oosten, F. F. W., & Ferreira, M. (1988). Republic of South Africa. In P. Sachdev (Ed.), *International handbook on abortion* (pp. 416-424). United States of America: Greenwood Press, Inc.

Varga, C. (2001). South African youth and pregnancy termination: Knowledge, attitude and choices. *Barometer, August*, p. 22.

Weithorn, L. A., & Campbell, S. B. (1982). The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development, 53*(6), 1589-1598.

Wilmoth, G. H., de Alteriis, M., & Bussel, D. (1992). Prevalence of psychological risks following legal abortion in the U.S.: Limits of the evidence. *Journal of Social Issues, 48*(3), 37-66.

Walker, L. (1995). *Some insights into power and patriarchy*. Institute for Advanced Social Research. Johannesburg: University of Witwatersrand.

Youth 2000 report. (2001, August). *Barometer*, p. 23.

Youth voices for choices. (2001, August). *Barometer*, p. 34.

Zabin, L. S., Hirsch, M. B., & Emmerson, M. R. (1989). When urban adolescents choose abortion: Effects of education, psychological status and Subsequent Pregnancy. *Family Planning Perspectives, 21*, 248-255.